PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY i ODPOWIEDZIALNY:

Prof. Dr. Leon BLUMENSTOK.

Rok XVIII. — 1879.

Kraków.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO,
w Drukarni Uniwersytetu Jagielońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.
1879.

SPIS RZECZY
zawartych w Tomie XVIII. „Przeglądu Lekarskiego."

(*Liczby oznaczają strony*).

4. Medycyna sądowa. Medycyna publiczna, Sprawy lekarskie, Listy.

5. Historyja Medycyny.

6. Życiorysy, wspomnienia pośmiertne lekarzy polskich.

III. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw.

IV. Piśmiennictwo lekarskie.

V. Wyciągi i tłumaczenia.

VI

Zestawił

Dr. Wł. Sciborowski.

Spis Autorów prac oryginalnych i rozbiorów krytycznych

Spis Autorów, z których prac podano wyciągi i sprawozdania.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rekopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 4 stycznia 1879. **№ 1.** Rok XVIII.

I. Przyczynki do kazutstyki chirurgicznéj *).

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurg. we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

a) **Uwagi dotyczące cięcia krtani tarczykowego** *(Thyreotomia, Laryngofissio, Laryngotomia)* **i opis odnośnych czterech przypadków.**

Sądzę, że dziś nie bez obawy przystępuje każdy chirurg do ogłoszenia swoich przypadków cięcia krtani tarczykowego, albowiem mało który rękoczyn w chirurgii podlega tak znacznym a w znacznéj części słusznym zarzutom jak niniejszy. Stąd to pochodzi, że prawie wszystkie nowe opisy kazuistyczne tego rękoczynu, a nawet i te, które pochodzą z pióra takich autorów, których imię powinnoby nadać sankcyi kazuistyce, rozpoczynają się od uwag, mających na celu nadanie dotyczącym przypadkom cechy koniecznego wskazania, w rzeczy saméj zaś zasłonięcie ich od spodziewanych zarzutów. Jest to niewątpliwie słabą stroną rękoczynu, albowiem przeciwnicy mogą słusznie powiedzieć *„qui s'excuse s'accuse!"* I w rzeczywistości gdy się sumiennie i bezstronnie rozbierze swoje własne i obce z literatury znane przypadki, należy przeciwnikom przyznać słuszność, że tylko w bardzo małéj liczbie tychże a może nawet w żadnym nie możnaby w obec przeciwnego zdania obronić konieczności wskazania do rękoczynu. Z tego atoli nie wynika, jakoby wykonanie rękoczynu w danym przypadku nie miało być usprawiedliwioném. Dla zrozumienia tych ogólnych wstępnych uwag raczą mi czytelnicy mniéj z przedmiotem obznajomieni pozwolić, ażebym historycznie i krytycznie rzecz przedstawił, zanim szczegółowo moje przypadki opiszę.

Przez tyreotomiję lub laryngofissiję należy rozumieć ów rękoczyn, za pomocą którego otwiera się w celu leczniczym jamę krtaniową w zespojeniu chrząstek tarczykowych z rozcięciem więzadeł gnyko-tarczykowego jakoteż pierścienio-tarczykowego lub bez takowego. Pierwsze tego rodzaju rękoczyny były wykonywane w celu wydobycia obcych ciał z krtani, albowiem tylko tego rodzaju rozpoznanie było łatwém w czasach przed wynalezieniem wziernika krtaniowego. Według niektórych autorów podał pierwszy Desault ten rękoczyn w r. 1801, zaś według Planchona, który napisał w roku 1869 bardzo szczegółową i starannie opracowaną rozprawę o cięciu krtani, a z którego Hüter czerpie swoje zapiski historyczne, pierwszy Pelletan wykonał w r. 1788 ten rękoczyn z pomyślnym skutkiem celem wydobycia kawałka mięsa z krtani. Na okres przedwziernikowy przypada w literaturze 11 przypadków cięcia krtani tarczykowego, a z tych tylko dwa przypadki tyczą się nowotworów krtani, a mianowicie pierwszy przypadek Brauersa operowany w r. 1833, a drugi Ehrmana w r. 1844. Tylko ten ostatni do niedawna znany był w świecie lekarskim jako przypadek tyreotomii wykonanéj w epoce przedwziernikowéj z powodu nowotworu w krtani (Bruns *„die erste Ausrottung eines Polypen in der Kehlkopfshöhle* 1862 str. 13). W okresie po wynalezieniu wziernika krtaniowego zwiększyła się liczba przypadków znacznie, tak że Hüter podaje w swojéj monografii 31 przypadków z tego okresu, w którym to spisie znajdujemy także nazwisko śp. Gilewskiego; zaś Mackenzie (w swojéj rozprawie z r. 1873) przytacza 49 przypadków.

W lipcu r. 1861 wykonał Bruns pierwszy ów sławny rękoczyn w drodze wziernikowéj *(endolaryngeal)* na swoim własnym bracie z powodu ukleju krtani z pomyślnym skutkiem (l. c.). Odtąd chirurgija krtani zaczyna się tak raźno rozwijać, że już w r. 1873 wystąpił Mackenzie, laryngoskopista par excellence, z odkrytą przyłbicą wydając wojnę tak zwanym przez niemców laryngofissorom(!) *(„On the results of thyrotomie for the removal of growths from the larynx. London* 1873). Po surowéj krytyce tyreotomii zamyka on swoje zdanie w takiém orzeczeniu, że tyreotomija jest tylko w takich przypadkach usprawiedliwioną, w których fachowy laryngoskopista uzna niemożność rękoczynu w drodze wziernikowéj.

W tym samym zaś roku pojawiła się także monografija

*) Ciąg dalszy artykułów z r. 1778.

Hütera niewątpliwie bez znajomości pracy Mackenziego napisana, (*Tracheotomie und Laryngotomie, Handbuch der allg. und speciellen Chirurgie Billroth-Pitha III B. I Abth. 5 Liefer.* 1873). Hüter, chirurg par excellence, usiłuje tyreotomii zabezpieczyć szerszy zakres wskazań a zatém dać jéj pierwszeństwo przed metodą wśródkrtaniową.

Z późniejszych prac zasługują na uwzględnienie: Schröttera rozprawa „*Laryngologische Mittheilungen* 1875“ gdzie na str. 62 znajdujemy czcionkami rozstrzelonemi następujący ustęp: „Nie przeceniając stanu rzeczy mogę na podstawie przypadków wyrazić zdanie, że nie ma guza w krtani, chociażby był jak najmniejszy i jakąkolwiekby miał siedzibę w krtani, i znajdował się u osoby najdrażliwszéj, któregoby nie można w najkrótszym czasie z całą pewnością i bez najmniejszego niebezpieczeństwa dla chorego usunąć w drodze wziernikowéj;“ Jelenffyego, docenta laryngoskopii w Budapeszcie, b. asystenta Störka: „*Gegen die Laryngofissio*n“ (*Wiener med. Wochenschrift* 1873, Nr. 50 i 51), który swoją krytykę kieruje szczegółowo przeciw Hüterowi. Pomijając innych autorów pro i contra wspomnę jeszcze tylko o kazuistycznych rozprawkach dwóch autorów, którzy między skrajnemi zdaniami zajmują stanowisko pośrednie, a według mego zdania jedynie racyjonalne: Navratil prof. w Budapeszcie jest niewątpliwie kompetentnym sędzią w tym sporze, albowiem opiera swoją rozprawkę (*Zur Kasuistik der Kehlkopfneubildungen. Wiener med. Wochenschrift* 1874 Nr. 8, 9 i 10) na 26 przez siebie operowanych nowotworach krtaniowych, z których w 12 przypadkach dokonał rękoczynu za pomocą cięcia tarczykowego a w 14 w drodze wziernikowéj. Autor ten przyczynę sporu przypisuje téj okoliczności, że z jednéj strony za tyreotomiją kruszą kopiję fachowi chirurdzy, a przeciw niéj występują fachowi laryngoskopiści; tak pierwsi jak ostatni są zbyt jednostronnymi, a prawda leży po środku, albowiem tak jedna jak i druga metoda ma swoją racyję bytu. Czerny, prof. kliniki chirurg. naówczas w Fryburgu (*Zur Thyreotomie. Wiener med. Wochenschrift* 1876, Nr. 9, 10) opisując jeden przypadek tyreotomii przez siebie wykonanéj w roku 1875 wyraża zdanie, że tyreotomija ma swoje wskazania, jakkolwiek te ostatnie są obecnie w obec rezultatów osiągniętych przez laryngoskopiję znacznie inne, aniżeli były przedtém, i że w danym przypadku wybór metody musi być wynikiem indywidualnego taktu operatora.

Prosząc szan. czytelników o wybaczenie mi wejścia nieco szczegółowego w dziedzinę historyi niniejszego rękoczynu, co atoli uważam za bardzo ważne dla każdego, kto chce należycie ocenić wartość i doniosłość metody, przystępuję do ocenienia téj ostatniéj ze stanowiska własnego doświadczenia a z uwzględnieniem zdania innych autorów. Atoli na ten cel pozwolę sobie najprzód przytoczyć krótki opis przebiegu samego rękoczynu. Takowy niekoniecznie wykonywa się zawsze według jednéj i téj saméj metody. W najnowszych czasach zaś służy za wzór następujący sposób operowania: Robi się na kilka dni lub bezpośrednio przed rozpoczęciem właściwego rękoczynu tracheotomiję niską (*tracheotomia infrathyreoidea*) i wkłada się do tchawicy rurkę tamponową Trendelenburga celem umożliwienia narkozy a tém samém uzyskania swobody operowania wśród drażliwéj krtani bez mimowolnych przeszkód ze strony chorego; poczém prowadzi się cięcie od kości gnykowéj aż do chrząstki pierścieniowéj albo i dłuższe w linii środkowéj i dochodzi się warstwowo aż do grzebienia odpowiedniego zespojeniu chrząstek tarczykowych; przytém używa się tylko nożyka, nie zaś jak w tracheotomii narzędzi na tępo działających, albowiem tu nie zachodzi obawa znaczniejszego krwawienia. Doszedłszy do zespojenia chrząstek tarczykowych należy jeszcze raz starannie zbadać pole operacyjne, ażali nie ma krwawienia, poczém przecina się spójnię chrząstek tarczykowych jak najdokładniéj w linii środkowéj. Na ten cel jedni autorowie radzą używać skalpelów, inni nożyc, a inni znów bisturów gałkowych. Ja używałem w swoich przypadkach zawsze tylko małych skalpelów operując od zewnątrz ku wewnątrz. Chcąc użyć bisturu gałkowego uskutecznia się ostrym bisturem w linii środkowéj u dolnego kąta zespojenia tarczykowego lub w więzadle pierścienio-tarczykowém mały otwór, poczém wkłada się bistur gałkowy końcem ukośnie ku wewnątrz i przecina się w linii środkowéj od wewnątrz ku zewnątrz. Tak samo można użyć i nożyc. Są to atoli drobne szczegóły zależne w danym przypadku od przyzwyczajenia i zapatrywania operatora. Ważniejszém jest pytanie, jak długie ma być cięcie w zespojeniu tarczykowém? Otóż w téj mierze literatura dostarcza różnych przykładów. Niektórzy operatorowie uskuteczniali cięcia długie obejmujące oprócz spójni tarczykowéj u góry więzadło gnyko-tarczykowe aż do kości gnykowéj, u dołu więzadło pierścienio-tarczykowe a nawet i chrząstkę pierścieniową i jeden lub więcéj pierścieni tchawiczych. Hüter przytacza jako przykład tak długich cięć przypadki Ehrmana, Gourdon Bucka, Sandsa, Boekla, Gouleya i namienia, że w tych 5 przypadkach trzy razy pozostał po operacyi bezgłos (*aphonia*). Prawdopodobnie nie jest to li przypadkiem i Hüter zdaje się mieć słuszność utrzymując, że takie długie cięcia wywołują swobodną poruszalność chrząstek tarczykowych a skutkiem tego następowe ich zespojenie ze zboczeniem w wzajemném położeniu. Atoli ja sądzę, że oprócz téj okoliczności musiała tu odgrywać rolę i inna, a mianowicie sama choroba, która czyniła potrzebne tak rozległe cięcia. W moim 3cim przypadku, mimo że nie uskuteczniłem tak długiego cięcia, doznałem téj nieprzyjemności, że struny głosowe przedstawiały po wygojeniu widoczne zboczenie w wzajemném położeniu, a mianowicie jedna przedstawiała się poniżéj drugiéj u przedniego kąta, a jednak głos był prawie zupełnie prawidłowy, a w każdym razie nierównie lepszy, aniżeli przed dokonaniem rękoczynu. Jakkolwiekbądź jednak należy unikać zbyt długich cięć o ile można. Wręcz przeciwnie długim cięciom zaleca Navratil tylko częściowe rozcięcie spójni tarczykowéj aż do miejsca osadzenia strun głosowych. Byłoby rzeczywiście rzeczą bardzo pożądaną, aby takie cięcie wystarczyło. Atoli ktokolwiek ma doświadczenie musi przyznać, że niejednokrotnie nawet po zupełném przecięciu spójni tarczykowéj a nawet mimo rozcięcia błony gnyko-tarczykowéj lub pierścienio-tarczykowéj tak niedostatecznie wglądać można do wnętrza jamy krtaniowéj, że ma się do walczenia z największemi trudnościami. Mój czwarty przypadek pouczył mnie dostatecznie w téj mierze. Zgrubienie ścian krtani było tu tak znaczne, że potrzeba było dobrze rozciągać brzegi haczykami, ażeby przy pomocy światła odbitego zaledwie zajrzeć do wnętrza. W pierwszym zaś moim przypadku było tak dużo guzków nowotworowych, że kilkakrotnie zabieraliśmy się do zakończenia rękoczynu, a zawsze jeszcze przy dokładném wejrzeniu do krtani dobrze odsłoniętéj spostrzegało się tu i owdzie malutkie resztki nowotworu, które potrzeba było wyciąć lub wyskrobać. W przypadkach obcych ciał w krtani lub pojedyńczych nowotworów możeby wystarczyło takie częściowe cięcie, lecz właśnie w takich razach obecnie wskazanie tyreotomii jest zakwe-

styjonowane. Złośliwe zaś nowotwory o szerokiej podstawie, chociaż w formie pojedyńczych guzów, wymagają dokładnego odsłonięcia krtani celem doszczętnego wycięcia z podstawą, a na ten cel częściowe cięcie nie wystarczy. Hüter zezwala na przecięcie całej spójni tarczykowéj z wyjątkiem bodaj najwęższéj listewki u góry dla zabezpieczenia prawidłowego wzajemnego ułożenia chrząstek. I owszem należy tak postępować, gdzie można! Ja w żadnym z moich czterech przypadków nie mogłem zastósować częściowego cięcia, jak to się z opisu okaże. Po dokonaniu rękoczynu w krtani należy w przypadkach takich nowotworów, które mają jawną skłonność do powrotu, użyć po ich wycięciu 30% chlorku żelaza; poczém wyczyściwszy ranę należycie można nałożyć kilka szwów guzkowych w brzegach powłok u góry, a zresztą przylepcem zbliżyć je do siebie i zastósować zwykły opatrunek na ranę. Szwów nie należy przez chrząstki przeprowadzać, albowiem łatwo mogłaby nastąpić zamartwina tychże. Rurkę tamponową zamienia się na drugi dzień na zwykłą rurkę tchawiczą, a jeżeli cel rękoczynu został zupełnie osiągnięty, wyjmuje się i tę po kilku dniach lub póżniéj.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

II. O zachowaniu się chorych syfilitycznych podczas leczenia wcieraniami rtęciowemi.

Podał Dr. **Ż. Krówczyński** we Lwowie.

(Rzecz czytana w Tow. Lek. Galic.)

Najstarszym a pierwotnie nawet jedynym umiejętnym sposobem leczenia kiły było, jak wiadomo, używanie wcierań z szaruchy, któremi w starożytności leczono wyrzuty skórne, a szczególnie objawy trądu. Wcierania rtęciowe, jakkolwiek w nieco odmienny sposób jak w średnich podawane wiekach, dotąd jednak najczęściéj stósujemy w leczeniu kiły tak, że zdanie Mikołaja Massy: „*Inunctiones cum argento vivo, etsi multis ingratae sint, profecto tamen si cum observatione ipsa et conditionibus requisitis quis utatur, est infallibilis et securissima via sanandi hanc aegritudinem*“ najzupełniéj do teraźniejszych czasów zastósować można. Niedaleko zaprowadziły nas wynalazki i odkrycia późniejszych wieków w leczeniu kiły, uprościły wprawdzie pierwotną metodę używania rtęci, rzecz jednak sama nie uległa zmianie, bo tak jak przedtém tak i teraz najskuteczniéj leczymy kiłę rtęcią w formie wcierań. Z zachowaniem środka leczniczego zachowaliśmy wiele przesądów pierwotnego użycia, których postęp czasu nie zniszczył, chociaż niektóre z nich koniecznie wyrugować należy. Jeśli zaś w któréj gałęzi pozostało mnóstwo przesądów, które zachowują lekarze a pielęgnują przez tradycyję leczący się, to najniezawodniéj w syfilidologii, co usprawiedliwia z jednéj strony ta okoliczność, że ta gałąź medycyny jest w gruncie rzeczy bardzo młodą, a powtóre że ją zawsze po macoszemu traktowano. Kilkowiekowe grasowanie kiły, odkąd na nią zwrócono uwagę, bynajmniéj nie sprzeciwia się twierdzeniom, że syfilidologija jako nauka jest bardzo młodą, albowiem postęp nauk lekarskich przez doniosłe odkrycia w téj gałęzi tak wielkie sprowadził zmiany w zapatrywaniu na choroby weneryczne i syfilityczne, że nauka obejmująca te choroby zupełnie się przekształciła, a przeto w nowéj zupełnie a świeżéj szacie nam się przedstawia.

Fałszywe zapatrywania średnich wieków na choroby weneryczne, a względnie kiłowe, usprawiedliwiają leniwy w nauce postęp w owym czasie, do czego przedewszystkiem przyczynili się lekarze, którzy tak stronili od téj gałęzi wiedzy lekarskiéj, jak publiczność od dotkniętych zarazą. Można wybaczyć przeszłości macosze traktowanie, ale w wieku równouprawnienia powinniśmy powrócić syfilidologii należne jéj miejsce i umieścić kiłę w rzędzie chorób, któremi ani pogardzać, ani brzydzić się nie powinniśmy. Straszne piętno choroby odbija się dotąd na tych, którzy jéj walkę czynami wypowiadają, a na dowód, że syfilidologija jako gałąź wiedzy lekarskiéj nie doczekała się uznania, przytaczam fakt znany, iż do téj chwili nie wszędzie nauczanie jéj jest obowiązkowém, i na wielu wydziałach lekarskich za granicą nie ma osobnych mistrzów, którzyby swą wiedzę i doświadczenie na pokolenie kształcących się przelewali. Jeżeli więc korporacyje uczone, a nawet rządy nie uwolniły się od uprzedzeń, jakże można nie być wyrozumiałym na błędne zapatrywania się publiczności, które przecież są bardziéj usprawiedliwione i trudniéj do wykorzenienia, aniżeli przekonać uczone ciała o potrzebie nauczania. Nie mając jednak zamiaru rehabilitowania saméj choroby, ani udowodniania potrzeby zakładania katedr odpowiednich, bo tego postęp czasu sam dokona, przechodzę do właściwego założenia tj. wykazania, że niektóre przesądy średniowieczne dotąd zachowaliśmy. Takim przesądem jest zdaniem mojém stwarzanie metod leczenia, które miały prawo bytu w epoce scholastycyzmu, a które, sądzę, tylko z tradycyją i przez nieuwagę do naszych czasów się zakradły.

Rozumiejąc przez metody lecznicze ogólne prawidła, od których leczącym odstąpić nie wolno, pojmiemy że one mogły wtedy istnieć, kiedy o indywidualizowaniu w terapii nie było mowy, i kiedy nauki pomocnicze i lekarskie obdarzały nas tylko ogólnikami; obecnie zaś stanowisko wiedzy lekarskiéj a przedewszystkiém terapii jakkolwiek nie wyklucza metod, to przecie dozwala na nie o tyle tylko, o ile koniecznie potrzebną jest znajomość reguły dla poznania wyjątków. A ponieważ organizm każdego człowieka jest, że tak powiem, wyjątkiem od ogólnego prawidła, bo przedstawia pewne cechy właściwe tylko sobie samemu, potrzeba indywidualizowania zupełnie znosi ogólnę metody, które właśnie dlatego, że są zanadto ogólne, są błędne i przesądne. Zresztą niechby istniały metody, byle nie zmuszały wykonawców do bezwzględnego i ślepego posłuszeństwa, które jak świadczy historyja wiele szkody w syfilidologii wyrządziło.

A prócz pedantyzmu poszczególnych metod pedantyzm w wynajdywaniu coraz nowszych sposobów leczenia, który aż do dni naszych się utrzymał, był najszkodliwszym, tém bardziéj, że najczęściéj nowe sposoby grzeszyły przeciwko prawom logiki, a jeszcze częściéj przeciwko prawom fizyjologicznym i prawom natury.

Jeżeli wypowiadamy dzisiaj walkę metodom, to przedewszystkiém dlatego, że one tamowały postęp w syfilidologii, i inaczéj tu być nie mogło, gdy powagi stwarzające metody nie czuły potrzeby usprawiedliwiania swych wymysłów, a lekarze przyjmowali chętnie słowa wyroczni i łatwo je sobie przyswajali, nie przypuszczając w nich braków dla tego, że były dziełem powag naukowych, lub znakomitych badaczy.

Bynajmniéj nie przypuszczam, abym zdołał obalić błędne zapatrywania istniejące obecnie w syfilidologii, bo do tego nie czuję ani sił, ani tego nie mam obecnie na celu, ale w danéj chwili pragnę poddać dyskusyi sprawę zachowania się chorych podczas leczenia rtęcią z szczególném uwzględnieniem wcierań szaruchy, o czém każdy z czytelników

z własnego doświadczenia wyrobił sobie zdanie, i aby z tej dyskusyi się dowiedzieć, o ile moje tłumaczenie i postępowanie jest właściwe. Wielka ilość metod, które miały niezawodnie leczyć kilę dozwalają przypuszczać, że nie wszystkie równe zachowanie się chorym podczas leczenia kiły przepisywały, a historyja wcierań świadczy, że najczęściej metody różniły się w drobnostkowych poleceniach, a nieraz w śmiesznych błahostkach. Nie będę rozbierał szczegółowo tych metod leczenia, które historyja nam przechowała, wydaje mi się jednak nieodzownem przypomnieć choć w krótkości, jak postępowano od najdawniejszych czasów w leczeniu kiły, jak wcierania wykonywano, i na co wreszcie szczególną zwracano uwagę.

Z umysłu nie wspomnę o postępowaniu leczących w początkach 15go i 16go stulecia, choćby dlatego, że niemi nie byli lekarze, lecz amatorowie zysków, często posługacze kąpielowi, ludzie pozbawieni wszelkiego wykształcenia; a zacznę od tej chwili, w której lekarze przyłożyli rękę do zwalczenia strasznie groźnej wówczas choroby. Wychodząc z zasady, że należy jad chorobowy w ruch wprowadzić i wydalić jak najszybciej z organizmu, a taka była przewodnia myśl pierwszych lekarzy, rozpoczynano leczenie upustem krwi, podawaniem środków przeczyszczających, krew czyszczących, później polecano chorym jak największą dyjetę, a właściwie morzono głodem, dlatego aby choroba, że tak powiem, własny jad spożywając niszczyła siebie sama. Po takich przygotowaniach dopiero przystępowano do właściwego leczenia, które zasadzało się na wcieraniu maści bardzo złożonych, w których skład oprócz rtęci wchodziły ołów, srebro, złoto, ałun, siarka, terpentyna, pieprz itp. A do jakiego wyniku podobne wcierania doprowadzały, łatwo sobie wyobrazimy przypominając np. metodę leczenia Calmettego, według której chory używał w 6—7 dniach 6 uncyj = 270 grm. maści, w której rtęci znajdowała się trzecia część. Zaiste niewielu w naszym wieku znalezionoby olbrzymów, którzy takie leczenie mogliby przetrwać, a zapewne jeszcze mniej chorych, którzyby dobrowolnie się poddali tej metodzie leczniczej. Metoda jednak Calmettego nie była wyjątkową ani pierwszą od czasu wprowadzenia metod leczniczych w kile, których twórcą miał być hiszpański lekarz Jan Almenar w r. 1502 żyjący.

Rozpatrzmy dokładniej tę pierwszą metodę, aby przekonać się, że wszystkie inne są naśladownictwem, które często niekorzystne wprowadzało zmiany pierwotnego systemu.

Postępowanie Almenara składało się z następujących 7 wskazań: 1) diaeta, 2) minorativa, evacuatio, 3) materiae digestio, 4) ipsius evacuatio, 5) membrorum alteratio, 6) ipsorum confortatio, 7) accidentium correctio. Wcierania rozpoczyna on trzeciego dnia, zużywając dwa pierwsze dnie na podawaniu syropów, których celem było materiae digestio, polecając nacierać wewnętrzne płaszczyzny wszystkich członków nie wyjmując dłoni i podeszwy co drugi dzień, podając w dniach wolnych od wcierań wspomniany syrop. Rozważając bliżej jego sposób leczenia widzimy w nim niedokładności i niedostatki, które porównywać nie można z ujemnemi zmianami wielu później obmyślanych i zachwalanych sposobów leczenia. Almenar przypisuje krytyczne znaczenie ślinotokowi, mimoto stara go się unikać, nie zmusza chorych do leżenia w łóżku, ani nawet nie morzy głodem. Żałować należy, że następcy Al. i twórcy przyszłych metod leczenia odstąpili od pierwowzoru, albowiem gdyby się to nie było stało, nie doczekalibyśmy się opisów, skutków leczenia, które zawsze czytelnika przerażać będą. Simon konstatując, że Hutten życie przez niewłaściwe używanie wcierań utracił, tak opisuje skutki tych sposobów leczenia:

„Po kilku wcieraniach następował ślinotok nie dający się pohamować, cała głowa brzękła, jama ustna, podniebienie i wewnętrzna powierzchnia policzków tworzyła jedno owrzodzenie, a z powodu obrzęku tych części groziło choremu uduszenie; dziąsła były owrzodzone aż do korzeni zębów, które sterczące jak palisady we wszystkich kierunkach były ruchome i wypadały; obrzękły i porozpadany język niemógł się w jamie ustnej pomieścić, a cuchnąca ślina dniem i nocą bezustannie wśród najokropniejszych bólów wypływała często na przemian z krwią pochodzącą z owrzodzonych policzków i zębów. „Tygodniami chorzy nie sypiali ani jedli ani pili.“ Niezawodnie, że przy takim sposobie leczenia mogła choroba swój jad spożyć, niszcząc równocześnie życie a przynajmniej na zawsze zdrowie leczonych. Tak postępowano przez cały wiek 16ty i 17ty, które obfitują w nowe sposoby leczenia, często bardzo niedorzeczne, jak np. sposób według którego niesmarowano ciała ale dolne ubranie (*calçons*) w tem przekonaniu, że rtęć zdoła zniszczyć chorobę. Jak wiadomo już w owym czasie miały wspomnione sposoby leczenia przeciwników i od tego czasu datuje się walka merkuryjalistów z antimerkuryjalistami, ale obóz przeciwników używania rtęci był nieliczny i co dziwniejsza w obozie zwolenników powyższego leczenia znajdujemy głośne imiona lekarzy. Ale też inaczej być nie mogło, gdy wielką ilość rtęci naraz podawano polecając wcierać między dwoma płomieniami, gdy wycieńczenie kiłą dotkniętych za pomocą ślinotoku uważano za objaw korzystny przesilenia się choroby (*krisis*), gdy do wyleczenia kiły potrzeba było 4ch funtów wydzielonej śliny, gdy chorych morzono głodem i wzbraniano nawet oddychać świeżem powietrzem. Oto w krótkich słowach skreślone postępowanie leczących w 16tem i 17tem stuleciu. Dopiero wiek 18ty zmienił postępowanie, chociaż nie umniejszył chęci stwarzania coraz nowszych metod, a największą zasługę położył H. Haguenot profesor z Montpellier, który modyfikując sposób leczenia swego poprzednika Chicogneaua, również z Montpellier, jest twórcą metody, którą powszechnie montpellierską nazywamy. Ona porzuciła wszelkie przedwstępne leczenie, które wszystkie metody wielce ceniły dozwalając wyjątkowo na upust krwi lub użycie ciepłej kąpieli. A postępujący według tego sposobu leczenia przystępowali bezpośrednio do wcierań szaruchy co drugi lub trzeci dzień wykonywanych, przyczem 6 grm. rtęci używano. Podczas wcierania, które trwało do sześciu tygodni, używali chorzy często ciepłych kąpieli, oddychali świeżem powietrzem, nie trawili czasu na bezczynności i mogli spożywać pożywne pokarmy a natychmiast zaprzestawali wcierań, gdy najlżejsze objawy zajęcia gruczołów ślinnych się okazywały. Powyższa metoda miała bardzo wielu zwolenników i właściwie utrzymała się aż do naszych czasów, albowiem jak słusznie zauważył Simon, głośna obecnie metoda Sigmunda nie jest niczem innem, jeno sposobem montpellierskim, zmodyfikowanym w niektórych poleceniach przez znakomitego profesora wiedeńskiego.

Późniejsi twórcy metod odbiegli od wzoru Haguenota, jak np. Astruc, który polecał robienie wcierań przy ogniu, nie żywił dostatnio i miał na celu ślinotok, przyczem, gdy chory sześć funtów przez dzień wydzielił śliny, było za wiele, a niżej trzech funtów było za mało.

Drugim zwolennikiem ślinotoku jest Fabre, którego metoda daleko odbiegła od montpellierskiej a właściwie była

przeciwstawieniem ostatniéj, i któréj panowanie rozciąga się aż do początku naszego wieku, bo w sposobie Louvriera, lekarza armii austryjackiéj, znowu się odrodziła a pozyskawszy wielu zwolenników długo utrzymywała się pod jego nazwą. Nie będę szczegółowo jéj opisywał a ograniczę się do przypomnienia, że wcierania poprzedzał upust krwi, leki przeczyszczające, dwurazowe kąpiele na dzień, po których ukończeniu powtórnym upustem krwi i podawaniem leków przeczyszczających osłabiano chorych. Potém następowały wcierania kilka minut tylko trwające, przyczém obszerne przestrzenie skóry namazywano co drugi dzień, używając do 8 grm. na wcieranie; chorych ma się rozumieć trzymano na dyjecie w zamkniętych lokalach, bojąc się narazić leczonych na działanie zimna, które powstrzymać miało wszelkie wydzieliny, a przez to spaźniało wystąpienie ślinotoku, który był celem téj metody. Grand remède Fabrego a „grosse Kur" Louvriera jakkolwiek ustąpiły zupełnie przed metodą Sigmunda, przechowały się w pamięci chorych i publiczności i nie mało przyczyniły się do uprzedzenia, na które leczenie za pomocą wcierań dotąd natrafia. Niepodobna zaprzeczyć, że obie wspomnione metody, mając na celu silne osłabienie organizmu i wywołanie ślinotoku wśród niekorzystnych warunków higijenicznych, musiały dostarczać odstraszających przykładów leczenia, które tradycyja troskliwiéj zachowuje aniżeli owe przypadki, w których tym sposobem leczeni zdrowie odzyskiwali, pozbawiając się zakażenia.

Wreszcie nadszedł wiek 19ty a z nim dynamiczne teoryje Cullena i Browna, które jak wiadomo, ukróciły szafowanie rtęcią i sprowadzanie ślinotoków, chociaż jak świadczy wspomniana metoda Louvriera i późniéj głośna Rusta, od nadużyć wynikających z błędnego tłumaczenia faktów i zjawisk nie uchroniły. Ponieważ z jednéj strony dzieje wcierań w naszym wieku są dobrze znane a powtóre rozbiór mnóstwa nowopowstałych metod wymagałby zbyt długiéj rozprawy, przeto dla uproszczenia i zbliżenia się do pierwotnego założenia niniejszego wykładu, skreślę w krótkości walkę powstałą ze ścierania się dwu sprzecznych obozów, szczególny nacisk kładąc na zachowanie się chorych podczas leczenia, jakie oba obozy leczonym zalecały. Metody 19go wieku dadzą się podzielić na dwie grupy, a mianowicie według tego czy doprowadzano do ślinotoku, który uważano za warunek wyleczenia kiły, lub też przeciwnie starano się usilnie nie dopuścić do zajęcia gruczołów ślinnych i jamy ustnéj.

Zwolennicy ślinotoków potępiając używanie środków przeczyszczających, kąpieli i ściśléj dyjety, które metoda Fabrego uważała za konieczne, zasłaniali się potrzebą indywidualizowania, a mimo to ich przygotowawcze leczenie składało się z kąpieli i z środków czyszczących, ściśléj dyjety a nawet często z upustów krwi, przyczém chory tylko w bardzo wyjątkowych razach mógł oddychać świeżém powietrzem a najczęściéj skazywano leczonych na oddychanie ciepłém i zużytém powietrzem.

Jeżeli leczenie przygotowawcze obliczone było na osłabienie chorych, to właściwe leczenie dokonywało tego, czego przygotowawcze nie spełniło. Wcierając średnie dawki szaruchy w krótkich odstępach czasu i do tego przy ogniu, sprowadzano w krótkim czasie ślinotoki, które dalszemi wcieraniami podtrzymywano. Wprawdzie Simon zwolennik tego sposobu leczenia, który sofistycznie broni Louvriera i Rusta, podaje, że ta metoda nie opierała się na błędném zapatrywaniu Galena i wyznawców jego nauki, którzy w obficie wydzielającéj się ślinie upatrywali czyszczenie się organizmu i przypuszczali że tą drogą organizm pozbywa się jadu kiłowego; ale mimo to trudno pojąć przewodnią myśl zwolenników ślinotoku, któremu nawet odmawiano krytycznego znaczenia. Jeśli ślinotok do wyleczenia kiły był niezbędnym i zawsze go podtrzymywać usiłowano, to w każdym razie organizm na tém cierpiał w równéj mierze, czy go leczeniem sprowadził zwolennik Galena, dla którego celem i podstawą leczenia był ślinotok, czy też zwolennik Rusta, który w ślinotoku upatrywał zjawisko posiłkujące i ułatwiające leczenie, a rozumowanie lekarzy i cel, którym się zasłaniano, bynajmniéj nie umniejszał cierpień chorym ani krzywdy wyrządzonéj organizmowi. Przyznaję się, że sofistycznego tłumaczenia Simona pojąć nie umiem i dlatego nie odróżniam zwolenników Rusta lub Louvriera od wyznawców Galena, którzy jedno i to samo zjawisko w rozmaity sposób sobie tłumaczyli. Powtarzam, że lekarze leczący kiłę przy pośrednictwie ślinotoków osłabiali w widoczny sposób organizm, bo przecież nikt nie przypuści, aby podanie czterorazowe polewki wystarczało do wyrównania zużytych tkanin organizmu, którego odnowę wszelkiemi środkami przyspieszano. Tak samo zbytnie ciepło, w którém chorych trzymano, zużyte powietrze, które odnawiać wzbraniano, brak wszelkiego ruchu i niedopuszczanie wszelkiéj pracy umysłowéj nie mogły przyczyniać się do odnowy organizmu, ale znękanego przygotowawczém leczeniem chorego jeszcze silniéj osłabiały.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. L. Mauthner (we Wiedniu): **Vorträge aus dem Gesammtgebiete der Augenheilkunde für Studirende und Aerzte.** Wiesbaden 1878. Podał Dr. E. Machek.

Mamy przed sobą pierwszy zeszyt tego dzieła, w którém rzecz jest o ajtyjologii i patologii cierpienia współczulnego oka. Są to ogładzone wykłady autora, które tenże po powrocie swoim z Insbruku miał w Wiedniu. Zadaniem wykładów Mauthnera jest wyczerpujące przedstawienie spraw chorobowych w sposób taki, aby rzecz stała się przystępną dla niespecyjalistów. Wykłady mają więc umożebnić dalsze samoistne kształcenie się lekarzy po ukończeniu nauk klinicznych, mają więc ten sam cel, co i wykłady Volkmanna.

Pierwszy zeszyt i nie specyjalista czyta z przyjemnością, gdyż rzecz jest jasno przedstawiona, materyjał trafnie ułożony. Gdyby bowiem skromną tylko miał znajomość rzeczy, nietrudno mu będzie z rzeczą dokładnie się zaznajomić, a to tém łatwiéj, że autor w prostych słowach podaje definicyję każdego niemal pojęcia ściśle naukowego. Z natury takiego dzieła wynika, iż nie znachodzimy w niém nic nowego oprócz ujmującéj formy. Na tém moglibyśmy ukończyć sprawozdanie, uznawszy zasługę autora, gdyby nie rzecz sama, choroba, którą autor omawia. Cierpienie współczulne oka jest to sprawa chorobowa, którą obok jaskry każdy lekarz praktykujący w początkach swoich już rozpoznać powinien, albowiem wielką może usługę oddać choremu, jeżeli choć zwróci uwagę jego na grożące wzrokowi niebezpieczeństwo. Kto rozpoczynającą jaskrę, kto cierpienie współczulne przeoczy, ten ciężką bierze na siebie odpowiedzialność. A że w cierpieniu współczulném nie chodzi już o wzrok jednego oka, jak przy operacyi zaćmy lub w przypadkach jaskry, lecz o wzrok jedynego oka, a więc prawie o życie człowieka, że więc lekarz praktykujący oceniając doniosłość operacyi na nią na-

legać powinien, dlatego krótkie streszczenie powyższego zeszytu pracy Mauthnera niewątpliwie i w tém piśmie będzie na swojém miejscu.

Ciałko rzęskowe obfitujące w nerwy i naczynia jest zazwyczaj punktem wyjścia cierpienia współczulnego. Uraz, czy to przypadkowy czy skutkiem operacyi, jest najczęstszą przyczyną zapalenia ciałka rzęskowego. Przyczyna, dla któréj ciałko rzęskowe jednego oka cierpi, jest obojętną, oko drugie zawsze jest zagrożone. Zdarzają się dość często przypadki, w których pomimo urazu i blizny w ciałku rzęskowém jednego oka drugie oko przez długie lata pozostaje zdrowém. Przypadki atoli, w których zranienie ciałka rzęskowego nawet dla oka zranionego skutków złych za sobą nie pociąga, są bardzo rzadkie. Jeżeli się dostały ciała obce do oka, to się tam zasklepiają, jeżeli drogą ropienia nie bywają z oka wydalone. Wyropienie następuje czasami po wielu latach (szkło). Bowen opisał przypadek, w którym ciało obce (żelazo) 9 lat znajdowało się w samém ciałku rzęskowém, a w innym 17 lat w środku nerwu wzrokowego, zanim nastąpiło cierpienie współczulne oka drugiego. (Wells po 26 latach, Graefe-Saemisch IV, 524). Oko pierwotnie chore zazwyczaj w wyższym lub niższym stopniu jest w stanie zaniku, kiedy występuje cierpienie współczulne oka drugiego. Co wywołało zanik? Zapalenie jagodówki *(uvea)* za pośrednictwem: *kyklitis, iridokyklitis, iridokyklochoriciditis.* Opis przebiegu słabości w oku pierwotnie chorém jest znakomity, historyja zaś operacyi Critchetta, jako niekoniecznie do rzeczy należąca, zbyteczna.

Oprócz urazu, także po operacyjach, w skutek których pośrednio lub bezpośrednio następuje zapalenie ciałka rzęskowego, może nastąpić cierpienie współczulne. Nie tylko po reklinacyi i depresyi, (któreto operacyje nie tak z obawy przed cierpieniem współczulném oka drugiego, ile raczéj z obawy stracenia samego oka operowanego porzucono), po iridodesis Critchetta, po drenowaniu Weekera, ale nawet po cięciu liniowém i płatowém spostrzegano cierpienie współczulne. Becker (1875) przytacza cztery niewątpliwe przypadki, w których po cięciu płatowém, a 15, w których po cięciu liniowém Graefego smutne następstwo to spostrzeżono. Niektórzy nawet po irydektomii widzieli cierpienie współczulne. Znane są przypadki, gdzie w skutek nowotworów powstało zapalenie ciałka rzęskowego (mięsak jagodówki, torbiel tęczówki, wsporniak siatkówki), które wywołało cierpienie współczulne. Czysto idiopatyczne zapalenie ciałka rzęskowego jest bardzo rzadkie, a jeżeli zapalenie jest skutkiem kiły, trudno powiedzieć, czy taka sama sprawa w oku drugiém jest współczulném cierpieniem, lub téż skutkiem zakażenia ogólnego. Arlt wreszcie spostrzegał tę chorobę oka po jaskrze.

Autor sądzi, że także po przebytém zapaleniu urazowém ciałka rzęskowego, które nie pociąga za sobą zaniku gałki ocznéj, zapalenie współczulne nastąpić może. Nie wszyscy na to się zgadzają. A przypadki Warlomonta, Moorena i Derbyego ośmielają autora do wypowiedzenia zdania, że nawet „bez wykazać się dającego zapalenia ciałka rzęskowego i bez zapalenia w ogóle jagodówki zapalenie współczulne nastąpić może.“ Tu dodać musimy, że tak obszerne pojmowanie cierpienia współczulnego raczéj do zagmatwania pojęć niż do wyjaśnienia przyczynić się może.

Zapalenie współczulne jest właściwie przewlekłém zapaleniem jakiejś części albo całéj jagodówki *(Iridokyklochorioiditis)*, które prowadzi do zaniku gałki. Arlt pierwszy wykazał, że nie nerw wzrokowy, jak Mackenzie sądził, lecz nerwy rzęskowe pośredniczą w téj chorobie *(Archiv f. O. 1855)*. Pierwszym objawem cierpienia jest zadraźnienie współczulne *(sympatische Irritation)*. Oznaką tego stanu jest zaczerwienienie oka, przekrwienie w okolicy ciałka rzęskowego, niedoślep, nerwobóle, peryjodyczne zamglenia, ścieśnienie pola widzenia. Późniéj występuje zapalenie jagodówki. (Zapalenie współczulne rogówki w Niemczech i u nas rzadko się zdarza, we Francyi częściéj; Vignaux podaje 9‰). Najlżejszy stopień jest zapalenie surowicze tęczówki *(iritis serosa)*. Jeżeli się wypociny pojawiają *(iritis plastica)*, natenczas po niedługim czasie wystąpi zrośnięcie źrenicy. Ten ostatni stan jest już dla oka w najwyższym stopniu niebezpieczny, gdyż prowadzi do jaskry następowéj i do zaniku nerwu wzrokowego. Tęczówka nie tylko brzegiem ale i całą tylną płaszczyzną może przyrosnąć do komórki przodkowéj, względnie do wypocin z ciałka rzęskowego *(Iritis maligna)*. Późniéj czy prędzéj i naczyniówka sama przechodzi w stan przewlekłego zapalenia, co pociąga za sobą zanik gałki. Nie są to jedyne objawy współczulnego cierpienia, Schenkl zauważał, że siwieją rzęsy powiek. Horner (1873) spostrzegał przypadek, w którym się cierpienie zaczęło od zapalenia naczyniówki w okolicy plamki żółtéj. Vigneaux w jednym przypadku widział jako pierwszy objaw zanik naczyniówki. Dawniéj już Graefe opisał zapalenie współczulne siatkówki a Rheindorf zapalenie nerwu wzrokowego. Zdaje się, że zapalenie siatkówki i naczyniówki daleko jest częstszém, niż przypuszczamy. Rozpoznanie jednak utrudniają zmętnienia ciałka szklanego w skutek zapalenia ciałka rzęskowego wypociny nieprzeźroczyste w źrenicy.

Opierając się na przedstawionym obrazie biegu słabości i znając ajtyjologiję cierpienia współczulnego może i niespecyjalista w danym przypadku wcześnie rozpoznać słabość, która niewątpliwie prowadzi do ociemnienia, i tym sposobem wzrok choremu uratować.

Prof. Kaposi (w Wiedniu): **Proszek Goa, kwas chryzofonowy czyli raczéj Chryzarobin, kwas przyswędko-garbnikowy** *(Acidum pyrogallicum)*.

Ponieważ proszek Goa i jego składnik „Chryzarobin“ na polu terapii chorób skórnych coraz to nowe zbierają wawrzyny, przeto nie od rzeczy będzie, i jak sądzę z korzyścią dla czytelników Przeglądu Lek., podzielić się krytycznemi spostrzeżeniami znakomitego dermatologa wiedeńskiego i jego wytrawnym sądem o powyżéj przytoczonych przetworach.

Dotychczas sądzono powszechnie, że proszek Goa *(Goa Powder)*, zwany także Araroba, *Poh di Bahia*, używany oddawna w Brazylii i Indyjach wschodnich do leczenia liszaja wyłysiającego *(Herpes tonsurans)* i wyprysku obrączkowego *(Eczema marginatum)*, całą swoję skuteczność zawdzięcza kwasowi chryzofanowemu, w znacznéj ilości, bo 80%, w nim zawartemu; tak jednak rzecz się nie ma, albowiem C. Liebermann w Berlinie wykazał, że pierwiastek, który zapomocą benzolu wyzyskać można z proszku Goa, nie jest kwasem chryzofanowym, lecz tak zwanym Chryzarobinem t. j. istotą chemicznie obojętną, która tylko tém się różni od kwasu chryzofanowego, że zamiast jednego atomu kwasorodu zawiera jeden atom wodu; ztąd też za dodaniem ługu potasowego i przy dostępie powietrza chryzarobin łatwo się przemienia w kwas chryzofanowy. Chryzarobin w sta-

nie chemicznie czystym przedstawia się w postaci kryształków żółtych, igiełkowatych, nie rozpuszczalnych zupełnie w wodzie zimnéj, nieco tylko w wodzie gorącéj, za to łatwo rozpuszczalnych w wyskoku ciepłym, alkoholu amylowym, szczególnie zaś w benzolu i w kwasie octowym zlodowaciałym, podobnież w tłuszczach i waselinie na gorąco rozpuszcza się z łatwością, z tego ostatniego powodu najlepiéj w celach leczniczych używać chryzarobinu w postaci maści z dodatkiem tłuszczów lub waseliny.

Rp. Chrysarobini $10_{,00}$—$5_{,00}$
Ungt. emollient. v. Vaselini $40_{,00}$

Można również użyć proszku Goa w postaci maści z dodatkiem jednak kwasu octowego, który rozpuszcza chryzarobin.

Rp. Pulv. Goa $20_{,00}$
Vaselini $80_{,00}$
Acidi acetici glacial. $10_{,00}$.

Maść w ten sposób zrobiona nie drażni tak mocno skóry, jak maść z chryzarobinem i jest zarówno dzielnym środkiem terapeutycznym.

Maść chryzarobinowa zyskała dotąd najwięcéj rozgłosu z powodu dzielności swéj w leczeniu łuszczycy *(Psoriasis)*. Bezwonność jéj i niebolesność, chociaż zostanie przyłożoną na miejsca do krwi zeskrobane, już stanowią wielkie zalety, które jednak nikną w obec téj niezaprzeczonéj skuteczności, że środek ten potrafi w przeciągu dni kilku usunąć pojedyncze guzki łuszczycowe. Dodajmy do tego, że kąpieli potrzeba bardzo mało, a przedstawi się nam ten sposób leczenia jako bardzo wygodny i bardzo praktyczny. Najlepiéj na samym wstępie leczenia zalecić choremu, aby w ciepłéj kąpieli za pomocą mydła szarego usunął łuski nagromadzone w grubszych warstwach; zaraz potém należy natrzeć maścią za pomocą zwykłego pędzla szczecinowego po kolei miejsce chorobowo zajęte tak, aby tylko cienka warstwa maści pozostała na naciekach i nie rozmazywała się po skórze zdrowéj; w końcu miejsca natarte zasypują się proszkiem (pudrem, pulv. plumosus subtiliss. pulverat.) i chory wdziewa bieliznę, jeżeli można, z cienkiéj flaneli zrobioną. Pędzluje się raz, co najwięcéj dwa razy dziennie.

Najlepsze wyniki terapeutyczne osiąga się w tych przypadkach łuszczycy, gdzie tylko nacieki są porozrzucane *(Psoriasis dispersa)*, od wielkości soczewicy do wielkości talara. Pojedyncze nacieki już po 3—4 dniach złuszczają się i znikają już nawet w 6—8 dni zupełnie; po największéj części jednak wystarcza 12—20 pędzlowań. Działanie maści objawia się w ten sposób, że miejsca początkowo mocno zaczerwienione od brzegu ku środkowi bieleją, a po złuszczeniu się łuski widać miejsce odbarwione, bielsze od skóry prawidłowéj; albo też miejsce chorobowo zajęte pokrywa się strupem żółtawo-białym, który odpada i odsłania skórę gładką, zdrową, tylko mocno biało odbarwioną. Za to skóra zdrowa otaczająca nacieki zabarwia się purpurowo lub fijoletowo, a za natarciem mydłem, ciemno-fijoletowo; zabarwienie to trwa $1\frac{1}{2}$—3 tygodni, poczém wśród łuszczenia się przyskórka znika. Wystąpienie purpurowych obwódek naokoło nacieków łuszczycowych stanowi zarazem oznakę, że należy zaniechać dalszego nacierania maści, jeżeli się chce uniknąć niezbyt przyjemnych następstw w postaci zapalenia skóry, dokuczającego chorym przez dni kilka lub kilkanaście.

Zastarzałe nacieki z przyskórkiem rogowato zgrubiałym, jak to nieraz spostrzegać można na łokciach, kolanach lub w okolicy krzyżowéj, najlepiéj jest zeskrobać ostrą skubaczką a dopiero potém nacierać maścią chryzarobinową; na takie miejsca nawet można maść tę przykładać na szmateczkach i przymocować opaskę flanelową, dopóki miejsca te chorobowo zajęte nie zbledną, lub dopóki zapalenie występujące na skórze nie zniewoli nas do usunięcia maści.

Autor miał już przypadki łuszczycy zajmującéj tylko kolana i łokcie wyleczone w przeciągu dni 8, przypadki łuszczycy zajmującéj podudzie wyleczone w dniach 14tu, a w ciągu 3—4 tygodni ustępowała nawet łuszczyca rozsiana po tułowiu pędzlowano zawsze raz dziennie, a przerywano pędzlowania z powodu zaczerwienienia skóry 2—3 razy. Jednakowoż i przy tym sposobie leczenia nie zawsze się udaje cierpienie zupełnie usuwać, gdyż czasem wśród leczenia występują świeże guziki; pod tym względem zatém nie ma pierwszeństwa przed innemi środkami zachwalanemi w łuszczycy, które jednak przewyższa co do szybkości i jednostajności działania.

Do stron ujemnych tego nowego środka w dziedzinie terapii chorób skórnych zaliczyć należy barwienie skóry i włosów, skutkiem czego na twarzy i skórze głowy pokrytéj włosami użyć go niepodobna. Najszkodliwszą jednak, i zarazem najważniejszą ze stron ujemnych jest drażnienie skóry prawidłowéj i wywoływanie zapalenia nieraz dochodzącego do stopnia znacznego. Zapalenie to przedstawia się w 3jakiéj postaci: 1) jako rozlane zaczerwienienie i obrzmienie skóry, które jest oznaką dostatecznego działania środka i ustępuje po zaniechaniu dalszych nacierań, kończąc się łuszczeniem przyskórka zabarwionego (wciągu dni 10—14). 2) Zapalenie powyższe nie kończy się w miarę, jak zaniechano dalszych nacierań, lecz szerzy się coraz to daléj wśród objawów gorączkowych, mocnego pieczenia i swędzenia, bezsenności, obrzmienia gruczołów i zapalenia naczyń limfatycznych, w ogóle wśród objawów nader przykrych i zmuszających chorego do przerwania zajęć codziennych. 3) Obok zaczerwienienia i rozlanego obrzmienia skóry występują jeszcze guziczki z początku porozrzucane, późniéj skupiające się coraz bardziéj, wielkości główki od szpilki, zamieniające się tu i owdzie w pęcherzyki i krostki, a odpowiadające ujściom gruczołów skórnych. Zapalenie tego rodzaju zajmuje znaczny obszar skóry, ciemnoczerwono zabarwionéj, rozpalonéj, mocno swędzącéj, a w następstwie tworzą się tu i owdzie wrzodzianki bolesne, wielkości grochu. Szczególniéj twarz i części rodne ulegają łatwo zapaleniu skutkiem działania maści chryzarobinowéj; odgrywa tu również niemałą rolę usposobienie indywidualne, dlatego przy leczeniu tym środkiem powinien lekarz codziennie lub przynajmniéj co 2gi dzień widzieć chorego, aby go nie narazić na na szkodliwe następstwa, a siebie na przykre rozczarowanie.

Przeciw zapaleniu skóry należy zalecić zimne okłady, a przedewszystkiém porzucić dalsze pędzelkowania maścią; na twarzy i częściach rodnych nie radzi autor wcale jéj używać. Sprawozdawca widział już po 2 krotném natarciu maścią powyższą u młodéj dziewczyny, pozostającéj w klinice prof. Rosnera i dotkniętéj liszajem wyłysiającym na całém ciele, mocne zapalenie skóry w postaci wyprysku sączącego, które pod okładami wody ołowiowéj i zasypywaniem proszkiem z krochmalu, a później pod maścią zynkową wraz z liszajem w ciągu tygodnia ustąpiło.

Z pomiędzy form łuszczycy nadających się najbardziéj do leczenia za pomocą maści chryzarobinowéj wyszczególnia autor łuszczycę ograniczoną i rozpierzchniętą *(Psoriasis circumscripta et dispersa)*, mniéj już łuszczycę ogólną, a naj-

mniéj drobno-guziczkową (*Ps. punctata*) występującą w sposób ostry w postaci drobniutkich guziczków w wielkiéj ilości.

W jednym przypadku wyprysku obrączkowego okazała się maść chryzarobinowa również bardzo skuteczną, chociaż nie zabezpiecza od powrotów choroby. Co do innych chorób skórnych, a mianowicie co do liszaja wyłysiającego, łupieżu pstrego (*Pityriasis versicolor*), co do piegów, ostud, to autor nie uważa za rzecz odpowiednią, aby się do maści chryzarobinowéj uciekać, albowiem inne środki są również skuteczne, a bezpieczniejsze w użyciu; za to może skuteczną się ta maść okaże w cierpieniach nowotworowych skóry, jak raku nabłonkowym i liszaju żrącym (*Lupus vulgaris et erythematodes*).

Dr. Jarisch, asystent prof. Hebry, opierając się na związkach pokrewieństwa chemicznego stosował również kwas przyswędko-dębiankowy i alizaryn przeciw łuszczycy i innym chorobom skórnym. Kwas pyrogallusowy czyli dwutlenek fenolu (*Bioxyfenol* ($C_6 H_3 OH_2$) rozpuszcza się łatwo w wodzie, w wyskoku i eterze, przechodzi do moczu, gdzie go wykrywa rozcieńczony półtorachlorek żelaza nadając mu barwy atramentowéj. Maść zawierająca 20% kwasu przyswędko-dębiankowego częściéj wcierana wywiera działanie żrące, zato maść zawierająca 10%—5% kwasu tego (*Acidi pyrogallici* 10,00 *Vaselini* 100,00) usuwa bardzo dobrze zmiany łuszczycowe, odznacza się brakiem bolesności nawet na miejscach pozbawionych przyskórka, jakotéż tém, że zapalenia skóry w sąsiedztwie wcale nie wywołuje; barwi atoli skórę zdrową brudno-ciso i garbuje ją; przyskórek tak zabarwiony odpada w ciągu 1½—3 tygodni. Wprawdzie łuszczyca nie ustępuje tak szybko, jak pod maścią chryzarobinową, jednakowoż można maści przyswędko-garbnikowéj użyć nawet w przypadkach łuszczycy ogólnéj bez obawy wzniecenia zapalenia skóry, jako téż chorym dozwolić, aby sami już bez tak ścisłego dozoru lekarskiego miejsca cierpieniem dotknięte nacierali. Z początku kuracyi chorzy powinni zmyć w kąpieli łuski, potém 2 razy dziennie nacieki pędzlować, a po 8—12 pędzlowaniach można znów kąpiel powtórzyć. W ciągu 10—20 dni cierpienie ustępuje, a chorzy co najwięcéj skarzą się tylko na uczucie suchości i mierne swędzenie. Maści téj można użyć także na twarzy i skórze głowy pokrytéj włosami, brunatne bowiem zabarwienie włosów nie szpeci tak bardzo.

Kaposi szczególnie zachwala maść przyswędko-dębiankową przeciw rakom nabłonkowym skóry; w czterech przypadkach (2 raki nabłonkowe nosa, 1 policzka lewego, 1 czoła) skutek był znakomity; autor twierdzi, że utkanie rakowate już w jednym przypadku raka recydywującego na nosie już po 48 godzinach po 2 krotném dziennie przykładaniu maści na szmateczce zupełnie zniszczone zostało, podczas gdy tkaniny zdrowe nie były wcale naruszone. Działanie jest podobne, jak po pascie arszenikalnéj, ale z tą wybitną rożnicą, że chory nie doznaje żadnego bólu i do około nie pojawia się wcale zapalenie ani obrzmienie. Strup po kilku dniach odpadł, a zagojenie zupełne wkrótce nastąpiło.

Podobnež działanie może wywrzeć maść przyswędko-dębiankowa w przypadkach tocznia czyli liszaja żrącego.

Zalety przytoczonych środków aż nadto zachęcają do doświadczeń i krytycznych spostrzeżeń, stanowią bowiem znakomity postęp na polu dermatologii pod względem tak ważnym dla cierpiącéj ludzkości, bo pod względem terapeutycznym. (*Wiener Medic. Wochensch. 1878.* Nr. 44 i 55).

Dr. Obtułowicz.

Adamkiewicz: **Drogi, któremi wydziela się u człowieka jodek potasu.**

Przez dodanie odczynnika silnie utleniającego, jak np. kwasu azotowego dymiącego, można wywołać zwykły odczyn jodowy nawet z jodku potasu, naturalnie w obec skrobi. Za pomocą téj reakcyi wykryto jodek potasu w moczu, ślinie, pocie, mleku i łzach. Że jod wydziela się jeszcze innemi drogami, świadczą zmiany, które u człowieka statecznie się pojawiają przy dłuższém użyciu jodku potasu, mianowicie: nieżyt jodowy i osutka jodowa. Autor wykrył jod tak w wydzielinie nosa, jakotéż i w treści krost jodowych, co przemawia za tém, że gruczoły łojowe wydzielają także jodek potasu a więc biorą na siebie funkcyje narządów odbytniczych (*excretio*). Przedewszystkiém uderza, że właśnie błona śluzowa nosa i gruczoły łojowe okazują się tak czułemi na działanie jodu, podczas gdy inne utkania, w których jod również wykryto, nie okazują żadnego podrażnienia. Przypuścić należy, że w tych dwóch miejscach doznaje jodek potasu rozkładu, gdyż nie on, lecz tylko wolny jod działa drażniąco. Przypuszczenie to popiera ten fakt, iż śluz nosowy w obec jodku potasu, skrobi i rozcieńczonego kwasu siarkowego daje odczyn jodowy, co według Schoenbeina przemawia za obecnością azotynu amonowego w śluzie nosa. Azotyn amonowy rozkłada jodek potasu pod wpływem kwasów nie lotnych, których obecność w wydzielinach zwierzęcych jest udowodnioną. Autor występuje przeciw twierdzeniu, jakoby osutka pochodziła od jodu wydzielonego drogą gruczołów potnych, gdyż nie można tym sposobem wytłumaczyć, dlaczego właśnie cierpią gruczoły łojowe a zresztą w takim razie musiałaby osutka być najwybitniejszą na dłoni i podeszwach, gdzie są najbardziéj rozwinięte gruczoły potne a wcale niema łojowych; lecz osutka w tych miejscach nie pokazuje się nigdy. W końcu wspomina autor o postrzeżeniu Johnsona, że przy cierpieniu nerek już mało dawki jodku potasu wywołują silną osutkę; coby dowodziło, że gruczoły łojowe przyjmują na siebie w zastępstwie wydzielanie jodku potasu, tak jak gruczoły potne zachowują się w obec wody. (*Charité-Annalen III. 381.*)

A. O.

C. Holtzmann: **Badanie doświadczalne nad działaniem niektorych leków na strumień limfy z uwzględnieniem parcia krwi**. Rozprawa inauguralna w celu otrzymania stopnia magistra weterynaryi (*Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung einiger Arzeneikörper auf den Lymphstrom etc.*) Dorpat 1878. str. 60.

Aut. chciał bliżéj zbadać stosunek parcia krwi do krążenia limfy. Dotąd autorowie różne bardzo pod tym względem mieli wyobrażenia, i tak gdy jedni, jak Noll, Weiss, Tomsa, Gaethgens, na podstawie doświadczeń twierdzili, że parcie krwi ościenne działa bezpośrednio w stosunku prostym na wypływ limfy z przeciętego naczynia, drudzy jak Krause, Genersich, Lesser, a zwłaszcza Paschutin, Worm Müller stanowczo temu przeczyli uważając jako główny czynnik wpływający na posuwanie się limfy w naczyniach ruchy czynne lub bierne zwierzęcia. Doświadczenia, jakie dotychczas robiono, nie były bez zarzutu, sposoby gwałtowne jakich używano do podniesienia parcia krwi, np. podwiązanie żył, wstrzykiwanie większych ilości płynu do tętnic, wywoływały gwałtowne ruchy ze strony zwierząt a w rezultacie trudno było odróżnić, co należy przypisać podniesionemu parciu, co zaś wysilnym ruchom. Autor przeprowadzając

w tym celu szereg doświadczeń w pracowni prof. Dogiela uniknął téj niedogodności, wstrzykując do żył zwierzętom otrutym kurarą rozczynu różnych leków zmieniających parcie krwi, jakoto wodan chloralu, morfin, chloroform, azotyn amylowy, lub téż przerywając sztuczne oddychanie, przez co stósownie do doświadczeń Dogiela i Kowalewskiego wywoływał ogromne podniesienie parcia ościennego krwi. Równocześnie odpreparowawszy naczynie limfatyczne na odnodze psa autor przecinał takowe i obliczał, ile czasu potrzeba było, aby pewna ilość limfy wypłynęła z naczynia. Autor w ten sposób przekonał się, że parcie krwi nie wywiera żadnego bezpośredniego wpływu na krążenie limfy, natomiast ruchy zwierzęcia wywierają wpływ bardzo znakomity. Wypełnienie większe naczyń włosowatych zdaje się również wpływać na większy wypływ limfy przy równoczesném poruszaniu się zwierzęcia, jak to okazały doświadczenia z lekami sprawiającemi znaczniejszy nawał krwi do naczyń włosowatych, np. azotyn amylowy. Oddychanie działa na strumień limfy w podobny sposób, jak na krążenie krwi, przynajmniéj daje się to stwierdzić na przewodzie piersiowym. Przy przerwaném oddychaniu limfa posuwa synchronicznie ze skurczami serca. Autor dodaje do swéj rozprawy opis stosunków topograficznych naczyń limfatycznych u zwierząt, których używał do doświadczeń. *Skrk.*

Aristow. **O wpływie ciągłéj zmiany ciepłoty na serce i o działaniu w ogóle ciepłoty na wywołanie spokoju serca** (Medycyna Nr. 41 i 42 z 78 r.).

Aut. postanowił bliżéj zbadać zmiany w kurczeniu się serca pod wpływem nagłego przejścia z jednéj ciepłoty do drugiéj i zarazem bliższą uwagę zwrócić na spokój serca wywołany działaniem ciepłoty. W tym celu wykonał szereg doświadczeń na sercu żaby w pracowni farmakologicznéj prof. Dogiela w Kazaniu. Wycinał on serca żabie z zachowaniem wszelkiéj ostrożności i gdy serce wycięte kurczyło się jednostajnie umieszczał je, raz w wyżłobieniu zrobioném w kawałku lodu, drugi raz na szkiełku zegarkowém ogrzaném w kąpieli wodnéj do ciepłoty od 20°C. do 67°C., przyczém oznaczał za pomocą chronometru, ile sekund przejdzie, zanim serce dwa razy się skurczy. Przekonał się, że serce żaby w wodzie ogrzanéj kurczy się więcéj, i to tém więcéj, im ciepłota wody wyższa, przeciwnie serce oziębione na lodzie szybko zwalnia swe ruchy aż do zupełnego spokoju, przyczém czystość skurczów ma się w stosunku odwrotnym do ich siły i czasu trwania, jak to już spostrzegali Cyon i Luciani. Serce, które przeszło w stan spokoju na lodzie, dłużéj zachowuje własność ponownego kurczenia się w ciepłocie prawidłowéj aniżeli serce, które w wyższéj ciepłocie przestało się kurczyć. Spokój ten występuje szybciéj przy podwyższeniu ciepłoty od 30° do 67°C., tém późniéj zaś, im ciepłota będzie niższą, aż do pewnéj granicy, poza którą im bliższą będzie ciepłota O, tém szybciéj następuje spokój serca. W celu przekonania się, co jest powodem tych zjawisk, aut. poddawał serce, pokryte cieniutką blaszką metalową zaopatrzoną w lekką dźwignię rysującą i umieszczoną na stoliku odpowiednio urządzonym, działaniu równéj ciepłoty, przy tém drażnił je prądem indukcyjnym. Okazało się że przyrząd hamujący był tak w wysokiéj jak w niskiéj ciepłocie w stanie parotycznym; przyczyny występującego spokoju serca należy szukać w zmianie ośrodków ruchowych w sercu. Serce, które się przez pewien przeciąg czasu znajdowało w wodzie ogrzanéj, traci własność kurczenia się po przeniesieniu na lód lub w niższą ciepłotę. Przy szybkiém przeniesieniu serca z wysokiéj ciepłoty na lód, uważał autor najprzód przyspieszenie, późniéj dopiéro zwolnienie ruchów, toż samo przy nagłém przeniesieniu z niskiéj do wysokiéj ciepłoty zrazu występowało zwolnienie, późniéj dopiéro przyspieszenie. Aut. sądzi, że to objaśnia nam po części, dla czego przy odziębieniu części ciała skuteczniejszém jest wcieranie śniegiem lub lodem, niż obwijanie w ciepłe opaski albo stósowanie takiéjże kąpieli. Zjawisk tych nie można wytłumaczyć działaniem ciepłoty na nerwy błędne, jak to chciał Cyon, więcéj prawdopodobném zdaje się być to objaśnienie, że wysoka i nizka ciepłota rozmaicie działają na ruchowe ośrodki nerwowe i tkankę mięsną serca. *Skrk.*

Prof. Dr. Störck (we Wiedniu): **Krwiak pozapołykowy** (*Haematoma retropharyngeale*).

Autor przytacza 3 przypadki tego niezwykłego cierpienia towarzyszącego wólowi (*struma*), jeżeli chorzy celem ukrycia szpecącego ich przerostu gruczołu tarczykowego mocno go uciskają za pomocą kołnierzyków i krawatek. Szczególniéj pierwszy przypadek, który dotyczy kapitana od artyleryi Emanuela K., nadzwyczaj jest pouczający i zasługuje ze wszech miar na treściwe przytoczenie: Chory ten dotknięty miernym przerostem obu zrazów bocznych gruczołu tarczykowego przybył do autora uskarżając się na trudności w przełykaniu. Badanie wykazało po za korzeniem języka wypuklenie tylnéj ściany połyku, które robiło wrażenie, jak gdyby w owém miejscu znajdował się ropień (*abscessus pharyngealis*) znacznéj wielkości, obrzęk ten przy obmacywaniu okazywał wszędzie konsystencyję jednostajnie miękką i ciastowatą; można było stanowczo wykluczyć wszelkie uszkodzenie kręgosłupa, w szczególności zaś ropienie kręgów, a myśleć jedynie o nowotworze szczególniejszego rodzaju, bo i żadnych objawów cechujących tętniak w téj zwłaszcza okolicy wyśledzić nie zdołano.

Aby chorego uwolnić od znacznych dolegliwości przeszkadzających mu bardzo w spełnianiu obowiązków wojskowych, postanowił autor zrobić w obrzęk ten wstrzykiwanie z płynu ściągającego, wyobrażając sobie, że obrzęk ten jest jamą wypełnioną jakimś płynem. Celem wypuszczenia téj cieczy nakłół S. obrzęk opisany za pomocą bistura długiego, kończystego i spostrzegł z przerażeniem, że znaczna ilość krwi najpierw jasno-czerwonéj tętniczéj, późniéj żylnéj, strumieniem wypływać poczęła. Z trudnością tylko zdołał S. utamować krwotok znaczny za pomocą tamponu z nitką zwilżonego rozczynem półtorachlorku żelaza, który przez dłuższy czas mimo dławienia się chorego przytrzymał w miejscu nakłócia. Po kilku dniach ustąpiły wszelkie dolegliwości przy połykaniu, a badanie wziernikowe wykazało, że obrzęk dawniejszy znacznie się zmniejszył. Wól zmniejszył się w przeciągu 7 lat następnych i chory mógł obowiązki wojskowe spełniać z całą dawną gorliwością i z zadowoleniem z własnego stanu zdrowia.

S. tłumaczy sobie w ten sposób powstanie tego cierpienia, że skutkiem naciskania wola przez krawat rozszerzyły się naczynia przebiegające na ścianie bocznéj i tylnéj połyku, podobnie jak to np. często na odnogach dolnych w przypadkach żylaków spostrzegamy.

Po nakłóciu obrzęku wypełniły skrzepy całą jamę i sprowadziły w następstwie zanik dawnéj jamy.

Przypadek drugi również z pomyślnym skutkiem operowany jest niemal powtórzeniem poprzedniego i zdarzył się u 18-letniego młodzieńca we Wiedniu; przypadek zaś ostatni u 72-letniéj staruszki z powodu podeszłego wieku choréj i obawy przed utratą znacznéj ilości krwi nie był operowany. (*Wiener med. Woch. 1878. 46.*) *Obt.*

Dr. Neubert (w Lipsku): **O użyciu kwasu salicylowego w krztuścu u dzieci.**

Środki lekarskie dotąd znane i zalecane w kokluszu miały na celu złagodzenie napadów i przyniesienie ulgi chorym, powyższém cierpieniem dotkniętym. W najnowszych czasach podał Dr. Letzerich jako nowy sposób zastosowanie chininu przez zadmuchiwanie do gardła i uważał krztusiec za chorobę, któréj przyczyną powstania są pasorzyty. Wielu lekarzy nie stosowało tego środka za pomocą wdmuchiwania z téj przyczyny, że dzieci przyrządu się lękały. Neubert idąc za wskazówką Letzericha używał rozczynu salicylanu sodowego do wziewań w krztuścu a podając wynik swego doświadczenia radzi używać tego środka jako bardzo skutecznego.

Chłopiec 13 letni nabył krztuśca w szkole, do któréj uczęszczał. W kilka dni późniéj dostała nieżytu oskrzeli jego 7 letnia siostra. Już po 8 dniach zwiększył się nieżyt oskrzeli i napady właściwe krztuścowe wystąpiły w swéj sile. W tym czasie zaczęło także kaszleć dziecię trzecie 4 letnie. Przez 10 dni używał N. znanych dotąd środków lekarskich, ale bezskutecznie. Gdy już 2gi okres choroby się rozwinął i napady częste z wymiotami nastały, zaczął tenże robić wziewania rozczynem 1% salicylanu sodowego za pomocą rozpylacza z balonem (Richardsona) u wszystkich trojga dzieci z początku co godzinę, późniéj co 2 godziny. Urządzał on to w ten sposób, że kładał dzieci poziomo, kazał równo i głęboko oddychać, podczas gdy rozpylacz działał. Następnéj nocy był tylko jeden napad u średniego dziecka. Wszystkie znosiły wziewania bardzo dobrze i nigdy ten sposob użycia nie wywołał napadu. Skutek był nadzwyczajny. Liczba napadów, która dochodziła do 45—48 na dobę, zmniejszyła się do 10 w przeciągu 5 dni, a po 14 dniach zupełnie napady ustały. U najmłodszego dziecka nie pojawił się 2gi okres choroby, chociaż można z pewnością przypuścić, że ostatnie dziecko miało także koklusz, ponieważ nie było odosobnione od chorego rodzeństwa.

Jakkolwiek na podstawie kilku tych doświadczeń nie można jeszcze uważać salicylanu sodowego za środek niezawodny we wszystkich przypadkach krztuśca, to przecież należałoby go stosować często, a zaleca się jego użycie w rodzinach uboższych, które nie są w stanie zmienić powietrza dla swoich dzieci. Dzieci zaś starsze nie będą robiły żadnych trudności lekarzowi przy tym sposobie stosowania salicylanu sodowego. (*Jahrb. f. Kinderheilk. 1878 24 paźdz*).

Dr. Rybczyński.

J. R. Wolfe: **Nowy sposób operowania w przypadkach oderwania siatkówki** (*amotio retinae*).

W. podaje przypadek oderwania siatkówki, w którym udało mu się wypuścić płyn surowiczy z przestworu podsiatkówkowego w sposób odmienny od sposobu Graefego, polegającego na wypuszczeniu tegoż płynu do ciałka szklanego. Usiłował mianowicie wypuścić płyn ten na zewnątrz przez rankę uskutecznioną w twardówce i naczyniówce. W tym celu wykonał w miejscu odpowiedniém oderwaniu siatkówki cięcie na 3 milim. długie, podłużne przez twardówkę i następnie wsunąwszy przez ranę twardówkową umyślnie w tym celu sporządzony nożyk wąski, kończysty, ukośnie przez naczyniówkę do przestworu podsiatkówkowego, wypuścił płyn surowiczy z tegoż na zewnątrz. W 20 dni po tym rękoczynie tak obraz wziernikowy, jakoteż i siła wzroku miały okazywać znakomite polepszenie stanu chorobowego; chora zdolna była liczyć palce w odległości 2 stóp. (*The Lancet* V. II, 15, 1878.) *P.*

Oberländer: **Dwa przypadki zatrucia jodoformem w znacznym stopniu.**

W szpitalu miejskim w Dreznie zachorowały dwie kobiety cierpiące na kiłę zastarzałą, po zadaniu im wewnętrznie jodoformu, okazując wybitne przypady zatrucia. Jedna z tych chorych wyżyła w ciągu 80 dni 42,00 jodoformu w pigułkach (0,10 pro dosi), poczém skarżyła się na zawrót głowy, osłabienie i dwojenie się w oczach, po dwóch dniach zapadła w sen głęboki, a w półtory doby późniéj na odwrót w stan silnego rozdrażnienia połączony z nader mocnemi bólami głowy, gadaniem od rzeczy i uczuciem obawy. Następstwem dalszém był stan nadzwyczajnego osłabienia, tak że chora przy staniu i chodzeniu chwiała się na nogach, który dopiero po ponownych napadach bólu i zawrotu głowy, dwojenia się w oczach, zwolna ustępował, tak że objawy intoksykacyi trwały razem dni 14.

W drugim przypadku dotyczącym kobiety 69-letniéj wystąpiły objawy zatrucia po wyżyciu 5,00 grm. jodoformu w ciągu dni 7. Przez 5 dni najpierw trwała ciągła śpiączka, która dopiero zwolna ustępowała wśród uczucia zawrotu głowy i osłabienia utrzymującego się przez parę tygodni. Spostrzeżenia te potwierdzałyby działanie odurzające jodoformu, na jakie Binz ostatniemi czasy zwrócił baczną uwagę. (*Berl. klinische Wochensch. 1878. 44.*) *Obt.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 10go listopada 1878 roku.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Osowicki zdaje jeszcze sprawę z przypadku rzekomego torbielaka jajnikowego, o którym na ostatniém posiedzeniu mówił, a który wbrew wszelkiemu oczekiwaniu zakończył się śmiercią. W kilka dni bowiem po operacyi, gdy rana już była się zupełnie zrosła, nastąpił stan uremiczny, któremu chora wkrótce uległa. Oględziny pośmiertne wykazały szczegóły topograficzne, o których już w ostatnim protokóle była mowa, nadto chroniczne zapalenie nerek.

3) Do opisanego przez Dr. O. przypadku Dr. Kaczorowski załącza wzmiankę o przypadku, który nie dawno zdarzył się w zakładzie Sióstr Miłosierdzia, rzeczywistego torbielaka jajnikowego u kobiety 45 lat mającéj, która nie rodziła wcale, od 2 lat miesiączkowała nieregularnie, doświadczała często bólów brzucha, zwolna coraz bardziéj rosnącego, tak, że przeszłą zimę po większéj części w łóżku spędzić była zniewoloną. W dniu przyjęcia do zakładu (2 paźdz.) osoba owa przedstawia widok ogromnego wycieńczenia, mocnéj niedokrwistości i wielkiego upadku sił; brzuch 130 cm obwodu, 62 cm. w linii pionowéj, którego cała przednia powierzchnia od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego, od jednego kolca przodo-

wego kości biodrowéj do drugiego, wydaje odgłos tępy, po bokach lędźwiowych jedynie bębenkowy, zdradzając położenie jelit; chełbotanie falujące ku środkowi. Macica nieco poruszalna, ciałem zepchnięta ku lewéj stronie. Po próbném nakłóciu środka brucha za pomocą strzykawki dobywa się płyn ciemno-żółtawy, lepki, gęstawy, przy zagotowaniu ścinający się; skrzep ztąd powstały za dodaniem znacznéj ilości kwasu octowego rozpuszcza się na nieco mętną ciecz (przybialnik). Gdy pomimo wygórowanego osłabienia choréj, przez wzgląd na grożące sercu i płucom niebezpieczeństwo ucisku, postanowiono wyciąć niewątpliwy w tym przypadku torbielak jajnikowy, chora zgodziwszy się z razu na rękoczyn, tegoż samego dnia zakład nagle opuściła. W tydzień potém doń powróciwszy zdawała się bliską zgonu; odnogi zimne, tętno sprychowe ledwo namacalne. Celem tymczasowego zwolnienia serca z ucisku przekłóto torbiel średnim trójgrańcem, który jednak zamienić trzeba było na najgrubszy kaliber, ponieważ światło trójgrańca co chwila zatykało się masami galaretowatemi. Po upuszczeniu sporego wiadra płynu zapadła się nieco tylko środkowa część brzucha w kierunku pionowym bez naruszenia wszakże obwodu górnego stłumienia odgłosu opukowego. Okoliczność ta świadczyła o zrostach torbiela sięgających aż do dołka podsercowego. Przez podatniejsze teraz ściany brzuszne było można namacać po bokach torbiela ciała twardsze, wielkości główki dziecięcéj, co dowodziło, że większa ilość torbiela składała się na nowotwór. Po upuszczeniu płynu z jamy torbiela tętno podniosło się nieznacznie, mimo to jednak upadek sił pozostał tak znacznym, że nie można było myśleć o zupełném wycięciu nowotworu. Wznosząca się trzeciego dnia ciepłota wskazywała nadto sprawę zapalną, roznieconą nakłóciem, a 6go dnia chora z porażenia serca umarła. Oględziny pośmiertne wykazały torbiel jajnikowy składający się z mnóstwa pojedyńczych komór, z których środkowa, nakłóta, była największą; prócz niéj trzy wielkości główki dziecięcéj, napełnione gęstą czekoladową masą. Nowotwór całą przednią powierzchnią zrośnięty z przednią ścianą brzuszną, wątrobą, żołądkiem i śledzioną, od których to ciał z znaczną tylko siłą odłączyć go było można. Wychodził zaś szeroką osadą z prawego szerokiego więzadła, a dolne jego części wyścielały grube błoniaste zrosty aż do jamy Douglasa. Operacyja więc, choćby rychléj podjęta, nie mogła była być uwieńczoną pomyślnym skutkiem.

4) Daléj zwraca Dr. K. uwagę na pojawienie się, choć nader rzadkie, przybłonkowych owrzodzeń w jamie ustnéj, jakie często napotykamy przy pierwszych powrotach kiły, u osób, które nigdy kiłą dotknięte nie były. Są to mniéj więcéj zaokrąglone wyżerki błony śluzowéj na języku, wewnętrznéj powierzchni warg, policzków, podniebienia, łukach podniebiennych, wielkości ziarna konopnego, aż do wielkości grochu, powstające z uniesionego przybłonka w kształcie pęcherzyków barwy perłowéj, po którego zniszczeniu dno wyżerków zrazu czerwone pokrywa się warstwą słoninowatą, szarożółtawą, a brzegi nabierają barwy ciemno-czerwonéj o silnie nastrzykniętych żyłkach. Towarzyszy im ból nieznośny, utrudniający przyjmowania pokarmów. Po 5—7 dniach zagajają się, ażeby miejsca ustąpić nowym pęcherzykom. Kol. K. widział je dotychczas w 5 przypadkach, u 3 spokrewnionych z sobą panien, jednéj mężatki i jednego kolegi. Jedna z owych panien nadto dostawała regularnie równocześnie z pojawieniem się owrzodzeń w jamie ustnéj także na skórze, mianowicie ramion i rąk, wysypki zupełnie do łuszczu podobnéj, do łuszczu, jaki znachodzimy u dzieci dotkniętych dziedziczną kiłą. Są to sino-czerwone plamy kształtów mniéj więcéj zaokrąglonych, których przyskórek szybko się łuszczy, bolesne, występujące po najmniejszém podrażnieniu skóry przez mankiet, guzik od rękawiczki, suknię, uderzenie. Części ramion narażone na częste ugniecenie, jak n. p. łokcie, prawie zawsze zajęte są takiém zapaleniem przyskórka i pokrywają się grubszemi strupami. Wszelkie w takich razach używane tak wewnętrzne, jak zewnętrzne środki okazały się u téj pacyjentki bezskutecznemi (arsen, kal. jodatum, siarczane i balzamiczne kąpiele, solanki etc). Najsubtelniejsze badanie choréj, u któréj zresztą z góry nie podobna było przypuścić zakażenia kiłowego, nawet cienia podobnéj podstawy chorobowéj wyśledzić nie dało. Pomimo to zastosowano u pacyjentki jako dzielne *remedium alternans* wcieranie szaruchy, równocześnie z odwarem Zittmanna. Odtąd na czas niejaki erupcyje wzmiankowane złagodniały, ale nie przestały się od czasu do czasu powtarzać. Kuracyja w solankach Inowrocławskich pogorszyła przebieg choroby. W ostatnim czasie jodoform, tak wewnętrznie jak i zewnętrznie stosowany, sprowadził złagodzenie tak co do częstości jak natężenia obustronnéj wysypki, ale nie zdołał dotychczas (od 6ciu tygodni) usunąć choroby. Kolegę dotkniętego tą chorobą spotkał K. tego lata przypadkiem w Landeck, dokąd przybył celem leczenia się rzymskiemi kąpielami na mniemaną kiłę, za któréj objaw uważał ustawicznie w ustach pojawiające się owrzodzenia. Tego samego zdania byli różni lekarze, których rady zasiągał, chociaż nigdy nie był uległ zakaże nuupłciowemu. Widać ztąd, jak trudném jest odróżnienie podobnego zajęcia od powstałego na gruncie kiłowym. Fournier, który zajęcia owe zalicza do liszajów, podaje za oznaki rozróżniające je od kiłowych co do kształtu, że liszajowe bywają mniéj regularnie zaokrąglone, podczas gdy kiłowe przedstawiają formę jajowatą, że są nadto boleśniejsze od kiłowych. Dr. Schwimmer nie dawno temu ogłosił w *Viertelj. f. Dermat. u. Syphilis IV. 78* osobną o téj chorobie rozprawę, w któréj wspomina o równoczesném pojawianiu się opisanych wysypek na błonie śluzowéj ust i na skórze. Nadał on téj chorobie miano: *Leukoplacia buccalis* i uważa ją za formę łuszczu na błonie śluzowéj, co ze względu na istotnie wydarzającą się kombinacyję takowéj z łuszczem skóry, jak to wyżéj wykazano, bardziej odpowiada faktycznemu stanowi rzeczy. Schwimmer uważa chorobę ową za nieuleczalną; może być, że jodoform w téj mierze odda lepsze usługi, aniżeli środki dotąd używane przeciwko temu cierpieniu.

Kol. Zielewicz namienia, że podobne przypadki w ustach spostrzegał u dzieci skrofulicznych i że w takich razach z dobrym skutkiem stosował kwas garbnikowy.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. Jerzykowski sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XVII. z dnia 4go grudnia 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 23.

1) Kol. Przewodniczący zawiadamia członków Towarz. u śmierci kol. Stanisława Morelowskiego i wzywa obecnych do oczczenia jego pamięci przez powstanie, czemu zadosyć uczyniono.

2) Kol. Lutostański przedstawia imieniem kom. balneologicznéj dyplom honorowy, jaki taż komisyja uzyskała na wystawie krajowéj.

3) Kol. Skobel mówi o ulepszonym sposobie leczenia zapalenia przyjądrza wiewiórowego (umieszczone w Nrze 51 Przegl. Lek. z roku zeszłego.)

W dyskusyi kol. Zarewicz nie przypisuje przyrządowi przedstawionemu przez kol. Skobla większych skutków, niż zwykłemu suspensorium: takowe bowiem jeżeli odpowiada wszelkim wymogom t. j. nigdzie nie uciska, równie pomyślnie w zapaleniu przyjądrza działać może. Być jednak może, że ciepło jakie się wywiązuje przy tém zaopatrzeniu, pomyślnie wpływa na skrócenie przebiegu zapalenia. Kol. Warschauer sądzi, że chociaż przyrząd przedstawiony mało się różni od zwyczajnego suspensorium, to juz dla tego jest praktyczniejszym, że do każdego chorego musi być osobno dobranym. Kol. Obaliński proponuje, aby zamiast dosyć drogiéj ceraty gumowéj używać znacznie tańszego papieru kauczukowego, który ma jeszcze te zalety, że jest podatniejszym.

4) Kol. Lutostański odczytał drugą część swéj pracy pod tytułem „O zadaniach i celu antropologii współczesnéj.“

5) Kol. Ściborowski przedstawia imieniem komisyi do popierania przemysłu krajowego w zastosowaniu do celów leczniczych kilka narzędzi wyrabianych przez p. Witoszyńskiego w Krakowie, odznaczających się bardzo staranném wykończeniem i przystępną ceną.

6) Wybrano członkiem korespondentem Tow. Dr. Pawła Dubanowicza w Sieniawie. *Dr. Skórkowski.*

V. Nieco z dziejów lekarskich przedhistorycznych.

(Wyjątek z rękopisu obszerniejszego).

Napisał Prof. Dr. J. Oettinger.

Jeżeli pierwsze zarodki doświadczenia lekarskiego, tkwiące w samej przyrodzie człowieka, razem z jego ustrojem powstały, to w pierwotnych jego dziejach szukać ich należy. Tym mniéj godzi się je pomijać, iż w najnowszych zwłaszcza czasach zakres historyi rozszerza się nie tylko z przodu, nabytkiem każdéj świeżéj chwili, ale i wstecz, uchylaniem zasłony z mrocznéj starożytności i zdobywaniem pod naukową uprawę nietkniętego długo pola przedhistorycznego. Poszukiwania nad temi najstarszemi zabytkami, są same bardzo jeszcze młode, bo niespełna 50 lat liczą i z kolebki jeszcze nie wyszły, ale poruszyły ważne pytania dotychczas stanowczo jeszcze nie rozstrzygnięte, lecz żywo rozbierane a odnoszące się także do mało dawniéj uwzględnianych dziejów samego ustroju cielesnego. Coraz liczniejsze wychodzą na jaw, nie powiem jeszcze, dowody, ale skazówki, że ród ludzki rozwijał się nie tylko umysłowo, lecz także cieleśnie, że jego anatomiczne i fizyjologiczne przymioty i sprawy, jak w każdéj jednostce, tak w całym rodzaju przechodziły przez koléj stopniowego, coraz wyższego wyrobienia i udoskonalenia. Nasuwa nam się na wstępie ten przedmiotowy wątek historyi, bo nie obejmujący owocu podmiotowych czyli umysłowych usiłowań, lecz nie zależną od tychże podstawę organiczną. Ma więc swoje dzieje cielesny ustrój człowieczy.

Na tych ostatecznych krańcach badania giną wszelkie świadectwa piśmienne i zwykłe źródła historyczne, zastąpione wykopaliskami wygrzebywanemi z po za grubego pokładu ziemi i długich wieków; szczątki zbutwiałe, spruchniałe kości i czerepy, martwe głazy, zaśniedziałe ułamki kruszcowe, ślady palów i drewnianych zrębów a następnie dopiero porównawczo-lingwistyczne zaciekania nad dźwiękami i znaczeniem najstarszych zabytków mowy składają to paleontologiczne archiwum.

Prace naukowe zajmujące się tym pierwotnym okresem dziejów, opierają się na skazówkach raczéj, dających się różnie tłumaczyć, niż na dowodach niewątpliwych; mają téż dla tego cechę przeważnie hipotetyczną, daleką od sprawdzonéj dokładnie pewności. Ponad spostrzeżeniami rzeczywistemi górują domysły, mniéj lub więcéj trafne wywody i wnioski, wysnowane z płodnéj myśli a niekiedy nawet z bujnéj wyobraźni. Pomysły bywają tém śmielsze, im mniéj hamowane wypadkami istotnego doświadczenia. Pozytywizm snać dzisiejszy wypierający się wrzekomo wszelkich urojeń, pozbawionych namacalnéj rzeczywistości, dopuszcza się ich mimo wiedzy i woli; zniewolony zastępować niedostatek ogniw istotnych, wiążących rozrzucone szczegóły w spójną całość, nie tylko podobnemi do prawdy i domyślnemi, ale nawet wprost wymyślonemi.

Lotne te gmachy, których mury, sklepienia i łuki wznoszą się na piętrzących się po nad sobą coraz śmielszych przypuszczeniach, wywodach i wnioskach przypominają o tyle cudne niegdyś marzenia Platona, iż w nich również mało jest spostrzeżeń rzeczywistych a daleko więcéj wątku umysłowego, mniéj pierwiastków przedmiotowych, niż podmiotowych; czém także dowodzą, iż tak dawniéj jak i za czasów najnowszych umysł ludzki ma wrodzoną potrzebę kojarzenia zmysłowych wrażeń w obrazy zaokrąglone, że jak dawniéj tak i dzisiaj w braku istotnego doświadczenia z·ykł posługiwać się władzą odgadywania, mniéj lub więcéj trafnego, ale zawsze wątpliwego a tém bardziéj względnego. Różnica między nowszymi badaczami a helleńskim mędrcem na tém chyba polega, że ten ostatni tworzył z ciosów ogładzonych, tamci zaś budują z głazów i pni surowych; Platon obrał kierunek z góry na dół, t. j. od najwyższéj doskonałości wywodził twory pośledniejsze, nasi zaś spółcześni uczeni odwrotnie od najniższych istot wyprowadzają coraz wyższe.

Przekonywamy się na tym przykładzie, że naukowa ścisłość mniéj polega na osnowie i środkach badania, które wszędzie i zawsze zamknięte są w granicach doświadczenia, niż na krytycznem ocenieniu każdéj wiadomości pod względem jéj pierwiastków zmysłowych i umysłowych, przedmiotowych i podmiotowych, tudzież istotnych jéj warunków. Należy nam więc i tu troskliwie rozróżniać spotsrzeżenie istotne od mniéj lub więcéj śmiałego przypuszczenia, to co pewne od tego, co wątpliwe, lub tylko do prawdy podobne, lub nareszcie całkiem bezzasadne.

Pierwotne dzieje dwojaki obejmują przedmiot usiłując wyjaśnić:

1. Początek rodu ludzkiego.
2. Pierwszy jego rozwój czyli dzieje pierwotne.

Pomijając na tém miejscu zupełnie dział pierwszy, wyjmujemy z drugiego wiadomości jedynie następujące.

Ślady rozwoju cielesnego ustroju ludzkiego w najdawniejszych wiekach historycznych.

Prawo doskonalenia się fizycznego, jakiemu zdaje się ulegać ród ludzki, doznało w nowszych czasach potwierdzenia nie tylko na zasadzie poszukiwań anatomicznych, ale jeszcze na drodze niespodzianéj, bo nie wynikłéj z badań ściśle przyrodniczych, lecz z zaciekań porównawczych nad najdawniejszemi zabytkami i początkiem mowy ludzkiéj. Jakkolwiek uderzające nowością i osobliwością wypadki tych badań należą zapewne jeszcze do zakresu zbyt śmiałych przypuszczeń, które pod tém zastrzeżeniem tylko powtórzyć się godzi, są atoli owocem pracy i myśli tak poważnéj i głębokiéj, iż jako ciekawa zdobycz naukowa nie mogą być pomijane milczeniem.

Dostarczyło ich dzieło znakomite niemieckiego uczonego, zbyt wcześnie zgasłego L. Geigera, którego tom I. wyszedł w r. 1868, tom zaś drugi już pośmiertny w r. 1872 pod napisem: O początku i rozwoju ludzkiéj mowy i umu. *(Ursprung und Entwickelung der menschlichen Sprache und Vernunft).*

Nie dotykając wcale zawartych w téj pracy pomysłów psychologicznych i porównawczo-językowych poprzestajemy jedynie na wskazaniu kierunku i osnowy poszukiwań, o ile odnoszą się do przedmiotu, o którym mowa, t. j. do fizycznego rozwoju rodu ludzkiego. Określa je sam autor temi słowy: „Nikt zapewne nie może oczekiwać, aby nam mowa wskazała człowieka w téj jego doli, którą już był prześcignął, gdy mówić zaczynał. Ale jeżeli nawet według świadectwa stosunkowo tak jeszcze świeżych zabytków jego płodów umysłowych, znajdujących się dotąd w naszym ręku i przed naszemi oczyma, jeżeli nawet jeszcze w czasie, gdy już sprawa mowy była się rozwinęła, postąpił on w tym zakręsie, który cielesnym rozwojem nazywamy, t. j. w wykształceniu jego podpadającéj pod zmysły widocznéj postaci, to trudno będzie nie posunąć daléj wstecz téj kolei i nie uznać

w téj okoliczności, że mowa tyle dostarcza świadectw o rozwoju człowieka z postaci niegdyś nieludzkiéj, ile ich w ogóle w takim razie dostarczyć zdoła, trudno nie uznać, mówię, w téj okoliczności dowodu przemawiającego za takim rozwojem".

W dalszym toku przytacza na poparcie powyższego założenia, że w najdawniéjszych zabytkach mowy oblicze człowieka nie występuje w pięknym zarysie owalnym, jakoby róże młodości, nasuwane nam na pamięć widokiem świeżego lica, lecz tylko po prostu jako kość szczękowa. W owéj odległéj starożytności nie ma w mowie śladu czoła, jakby takiéj części ciała wcale nie było, a ust nie oznacza wyraz wzięty, jakby się według dzisiejszych pojęć zdawać mogło, od ujścia lub otworu, lecz w helleńskiém nawet od wystawania, stérczenia (στόμα), co raczéj przypomina pysk zwiérzęcy.

Bardziéj jest uwydatniona różnica między palcem wielkim a 4ma innemi, zarówno u rąk jak i nóg, aniżeli między odnogami górnemi a dolnemi; zkąd wnosić się godzi o podobieństwie zupełném do siebie tak jednych jak i drugich, służących zarówno do chwytania, a zatém będących jak u małp czterema rękami.

Ciekawsze są wypadki tyczące się spraw zmysłowych, zwłaszcza téż wzroku. Na podstawie najdawniéjszych pomników językowych dochodzi autor do przekonania, że poczucie różnych barw rozwijało się również stopniowo tak dalece, że najpóźniéj zdołano rozróżniać niebieską, wcześniéj od téjże zieloną, którą wyprzedziła żółta. W najdawniejszych indyjskich Wedach, mianowicie w księdze zwanéj Riksanhita, często jest mowa o różnych zjawiskach na niebie, lecz ani śladu o barwie niebieskiéj. Toż samo stosuje się do księgi świętéj zwanéj Avesta, a nawet do pieśni Homera, w których κυάνεος znaczy czarny. W Odyssei np. włosy Odysseja przyrównano do hiacyntów. W podobném znaczeniu mówi Pindar o kosach czyli warkoczach i kędziorach fijołkowych i t. d. Także Edda nic o téj barwie nie wspomina. Księga Rigweda rozeznaje tylko czerwone, czarne i złote; barwa wyraźnie żółta występuje w późniejszych podrobionych wierszach Wed, zielona dopiero w biblii. Świat więc starożytny był modroślepym.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

O sprawach lekarskich wiedeńskich.

I.

Nowy regulamin tyczący się mianowania lekarzy wojskowych. — Stowarzyszenie mające na celu założenie szpitala dla umiejętnego i praktycznego kształcenia posługaczek dla chorych i rannych. — Czynniki konstytucyjne i sprawy lekarskie. — Adres dla profesora Ludwiga. — Liczba zapisanych medyków.

Okoliczność, że obecnie w skład korpusu lekarzy wojskowych armii nie wchodzą tylko lekarze wojskowi z powołania, którzy bez przerwy służą armii oddając się pieczy o dobro sanitarne i higieniczne téjże, lecz że wchodzi także znaczna liczba lekarzy młodych, którzy tylko na czas wojny służą wojskowo, skłania nas do wzmianki o nowo wyszłém rozporządzeniu: *„Die organische Bestimmung für das k. k. militärärztliche Offiziers-Corps"*. Przedewszystkiém jednak wspomnieć musimy, że nowy statut w zasadzie nie zmienia organizacyi z r. 1870. Stosunek korpusu lekarzy pozostaje względem oddziałów sanitarnych ten sam. Znane są aż nadto słabe strony téj dwoistości w organizacyi służby lekarskiéj wojskowéj, abyśmy bliżéj o nich wspominali. Ważniejszą dla nas, bo dotykającą w ogóle lekarzy, a szczególnie rezerwowych, którzyby chcieli wstąpić do stałéj służby wojskowéj, jest ta część, która się tyczy mianowania. Dotąd wychowańcy akademii lekarskiéj wojskowéj przez cesarza Józefa założonéj mieli obowiązek w zamian za bezpłatne wykształcenie służyć 8 lat wojskowo. Kiedy zaś ogólna służba wojskowa weszła w życie, zniesiono akademiję józefińską, w przekonaniu, że rezerwa dostatecznéj dostarczy liczby lekarzy. Wtenczas polepszono dotacyje lekarzy wojskowych, polepszono widoki, awanse i pomnożono ilość posad lekarzy pułkowych. Liczba wszystkich lekarzy w armii miała wynosić 852. Dotąd ta liczba się uzupełniała przez wstępowanie ukończonych uczniów akademii józefińskiéj. Ostatni atoli awans wyczerpnął nadliczbowych lekarzy wojskowych, a jako tacy wstępowali ukończeni uczniowie akademii lekarskiéj i trzeba było pomyślеć o lekarzach, z którychby się mógł korpus lekarzy wojskowych uzupełnić. Regulamin, o którym wspomnieliśmy, ma ustalić warunki, którym zadość uczynić potrzeba, aby być przyjętym w poczet lekarzy wojskowych. Statut żąda od kandydata: 1. Stopnia doktora wszech nauk lekarskich pozyskanego w uniwersytecie monarchii austro-węgierskiéj. 2. Wieku poniżéj lat 32. 3. Stanu wolnego; żonaci lekarze i to rezerwowi mogą tylko w razie szczególnych zasług być przyjęci. 4. Nie nagannego prowadzenia się. 5. Potrzebne jest wreszcie wykazanie fizycznego uzdolnienia w myśl dotyczących ustaw wojskowych o asenterunku. Przytém muszą lekarze już poprzednio zadość uczynić służbie wojskowéj i wykazać, że mają specyjalne wykształcenie wojskowo-lekarskie. Potrzebny więc jest egzamin z chirurgii i higieny i kilku jeszcze innych pomniejszych przedmiotów odnoszących się do formalności wojskowych. Pozyskać zaś można wykształcenie specyjalnie wojskowe, wstępując na kurs, który trwa corocznie przez 6 miesięcy w szpitalu garnizonowym 1szym w Wiedniu.

W ostatnim miesiącu do licznych instytucyj dobroczynnych i humanitarnych nowa przybyła. Zawiązało się stowarzyszenie, którego zadaniem będzie założyć szkołę, w któréjby uczono umiejętnego i praktycznego pielęgnowania chorych i rannych. Oczywiście nauki będą się odbywały praktycznie przy chorych, a w tym celu ma powstać nowy zakład (szpital). Podobne zakłady w większych miastach Ameryki już od dawna istnieją. W Europie pomimo licznych zabiegów i starań w tym celu podjętych nie udało się myśli, która się w Ameryce przyjęła, przeprowadzić. Stały temu tak administracyjne jak i społeczne stosunki na przeszkodzie.

Chodzi tu bowiem o to aby kobiety lepszych stanów oddawały się usłudze samarytańskiéj, co się ze zwyczajami europejskiemi ostatecznie nie bardzo zgadza. Być może, że zabiegom komitetu a przedewszystkiém zabiegom Billrotha, który jest duszą tegoż, uda się w nowo powstać mającym szpitalu takie stworzyć stosunki, aby humanitarna myśl odpowiednie wydała owoce.

Już podczas powstania w Dalmacyi zawiązał się w Wiedniu komitet, którego zadaniem było zbierać składki na rzecz szpitala, któryby takiemu celowi służyć miał, a w r. 1875 nawet władze potwierdziły statut tegoż.

Okupacyja Bośnii i Hercogowiny poruszyła na nowo rzecz, która niemal w zapomnienie poszła była. Znakomitsi członkowie dawniejszego stowarzyszenia wzmocniwszy się kilkoma nowymi wpływowymi członkami zawiązali komitet,

którego zadaniem będzie zebrać potrzebne fundusze. Władze rządowe i wojskowe, burmistrz miasta Wiednia i namiestnik dolno-austryjacki przyrzekli popierać przedsięwzięcie humanitarne. W skład komitetu oprócz niezbędnych w takich razach dam z arystokracyi wchodzą z lekarzy Billroth, Böhm, Jurié, Mundy, Schrötter i Standhartner. Billroth obejmuje kierownictwo zakładu pod względem lekarskim i dydaktycznym. Komitet oprócz składek dobrowolnych urządza szereg odczytów w sali stowarzyszenia architektów. Billroth już mówił z wielkiém powodzeniem o nowszych sposobach leczenia ran. Później wykładać będą pani Bach, docent Dr. Beier, Dr. baron Mundy, naczelny lekarz serbski i sztabowy lekarz austryjacki i inni. Billroth ofiarował na rzecz zakładu 5.000 złr.

Z końcem roku zwykliśmy zdawać sprawę z czynności ciał konstytucyjnych o ile się zajmowały sprawami stanu lekarskiego. W tym jednak roku chyba stwierdzić nam wypada, że czy z braku sił odpowiednich, któreby w tym kierunku chciały wziąść inicyjatywę, czy w skutek ważnych na porządku dziennym stojących spraw, które wpłynąć mogą na ustrój państwa, na stanowisko jego w obec zagranicy, rada państwa nie zajmowała się sprawami lekarskiemi o ile w zakres jéj prawodawstwa wchodzą. Podczas gdy z przyjemnością zapisać wypada, że właśnie w tym roku sejm galicyjski na tém polu nie mało zdziałał.

Nie możemy wreszcie milczeniem pominąć interpelacyi delegata Dr. Sturma w sprawie nagany, która się w udziale dostała lekarzom wojskowym ze strony Filipowicza. Minister wojny odpowiedział, że drogą urzędową o niczém go nie zawiadomiono, a więc żadnych wyjaśnień dać nie może. Nieomieszkał atoli ze swojéj strony wyrazić uznanie z powodu działania lekarzy wojskowych pełnego trudów i poświęcenia.

Profesorowi Ludwigowi wręczyli medycy wiedeńscy w dowód uznania i przywiązania, które uczucie wzbudzić potrafił w swoich uczniach podczas trzechletniéj działalności profesorskiéj. Bezpośrednim zaś powodem było to, że ministerstwo na żądanie profesora chemii należącego do składu wydziału filozoficznego zarządziło, aby odtąd już nie obaj odmieniając się egzaminowali przy pierwszém rygorozum, tylko profesor Dr. Barth.

Pokazało się z ukończeniem zapisów, że tego roku jeszcze mniéj uczniów się zapisało na wydział lekarski niż roku zeszłego. Liczba tychże nie przenosi wiele nad 600. Na pierwszym roku, a więc nowo wstępujących jest jednak więcéj niż zeszłego roku było. Ubytek w liczbie się tém tłumaczy, że zeszłoroczny rok piąty był bardzo liczny.

Dr. E. Machek.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 2 Stycznia. W roku ubiegłym świat naukowy poniósł dotkliwe straty. Z wielkich badaczy bliżéj nas obchodzących postradaliśmy cztery pierwszorzędne gwiazdy: Klaudyjusza Bernarda, Karola Rokitańskiego, których wspomnienie samo wystarcza, aby w każdym lekarzu wywołać smętne uczucia, Ernesta Webera, najstarszego z trzech braci znakomitych, fizyka, anatoma i fizyjologa, któremu nasza akustyka i optyka zawdzięczają swoje podstawy, i skromnego lekarza z Heilbronnu, Roberta Mayera, któremu mechanika ciepła i prawo o zachowaniu siły zapewniają sławę nieśmiertelną. Oprócz tych znakomitości pierwszorzędnych nauka opłakuje stratę takich pracowników, jakimi byli fizycy Becquerel, Ettinghausen i chemicy Gorup-Besanez, Regnault i Fudakowski. Obfite są i ubytki we wszystkich gałęziach lekarskich. I tak zmarli: anatomowie: Corbett, Dursy i Reissner; klinicyści: Bartels, Dietl, Lebert i Stokes; chirurdzy: Amussatowie ojciec i syn, Ciniselli, Gałęzowski, Hecker, Heuser, Hilton, Jackson, Jones, Kovacs, Mayer, Menzel, Polano, Ravoth, Voillemier; okuliści: Blessig i Welz; położnicy i ginekologowie: Blundell, Churchill, Germann, Labat, Peaslee; pedyjatr: Fleischmann; psychijatrzy: Foville, Prichard i Roller; higijeniści: Lion i Sander; balneolog: Julijusz Braun. Zmarli i trzéj weterani, reprezentanci dawniejszéj szkoły strasburskiéj: Ehrmann, Hirt i Schneiter; zmarli wreszcie w Niemczech: Graevell, założyciel pisma dawniéj bardzo rozpowszechnionego, Wallach, którego nazwisko wiąże się z ostatnim elektorem heskim i Ullersperger, który do saméj śmierci nie przestał pisać się lekarzem przybocznym ks. Leuchtenberga a odznaczał się głównie sprawozdaniami z literatury lek. hiszpańskiéj i portugalskiéj; zmarł wreszcie i głośny we Francyi Raspail. — Stan lekarski polski ubolewa nad śmiercią dwóch wielkich rodaków: Dietla i Gałęzowskiego; o ile pierwszy pracami swojemi zdobył sobie stanowisko w historyi nauki naszéj, tak zaszczytne, że na długie czasy wspomnienie jego pozostanie chlubą dla nas, o tyle ostatni rzadkiemi cnotami obywatelskiemi zaskarbił sobie uwielbienie wszystkich, tak że długo pozostanie wzorem, jak kraj i oświatę miłować należy. Przerzedziła się téż znacznie liczba szeregowców naszych; uniwersytet nasz stracił pięciu wychowańców swoich, pomiędzy którymi znajduje się trzech krakowian; zmarli bowiem w kwiecie wieku: Dr. Stefan Strzelbicki (w Siedlcach), Dr. Michał Mohr (w Kroacyi), Dr. Morelowski (w Jaśle), Dr. Hinze (w Krakowie), i Dr. Szyszyłowicz (w Sieniawie). Zgaśli następnie Drowie Studzieniecki, Żebracki, Madejski (w Galicyi), Dworzaczek, Kochański, Henzel, Olszewski, Zahorowski, Ciepielewski, Siekaczyński, Langowski, Gasztowt, Pilecki, Kaczorowski, z których dwaj ostatni pozostawiają po sobie bardzo wdzięczne wspomnienie. Wreszcie wojna i dur zabrały również w kwiecie wieku wielką liczbę lekarzy rodaków, którzy na teatrach wojennych w Europie i Azyi nieśli pomoc swoją rannym i chorym wojownikom. Nazwiska ich staraliśmy się zapisywać skrzętnie w tygodniku naszym; nie powtarzamy ich, niestety dla wielkiéj ich liczby, jakkolwiek pomiędzy niemi znachodzą się nazwiska tak sympatyczne jak Gurbskiego, lub wiele obiecujące jak Pelikana. Cześć ich pamięci, pokój ich cieniom!

* Na wniosek kol. Dra M. Zieleniewskiego, który komisyja redakcyjna z małą zmianą jednogłośnie przyjęła, Przegląd Lek. odtąd umieszczać będzie regularnie tytuły rozpraw oryginalnych ogłaszanych w pismach Akademii Umiejętności, Medycyny, Gazety Lekarskiéj, Pamiętnika Tow. Lek warsz., i Dwutygodnika medycyny publ.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 48 (od 24—30 listopada włącznie) umarło w Krakowie osób 35; męż. 19 i kob. 16; w obwodach osób 23, w szpitalach 12; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 32,5; we Lwowie 31.1; w Warszawie 26,9; w Wiedniu 26,9; w Budapeszcie 39,0; w Tryjeście 26,0; w Berlinie 28,1; w Wrocławiu 29,2; w Poznaniu 27,0; w Monachijum 27,6; w Dreźnie 23,0; w Lipsku 23 2; w Bazylei 27,2; w Brukseli 20,2; w Paryżu 28,7; w Londynie 23,7; w Kopenhadze 18,4; w Chrystyjanii 21,4; w Petersburgu 38,8; w Odesie 46,2; w Wenecyi 29,3; w Bukareszcie 26,7. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 11; z dławca 3, z duru brzusznego 2, z róży 5, z kiły 1.

W tygodniu 49 (od 1 — 7 grudnia włącznie) umarło w Krakowie osób 32; męż. 16 i kob. 16; w obwodach 15 osób a szpitalach 17; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 28,6; we Lwowie 33,5; w Warszawie 20,5; w Wiedniu 28,3; w Budapeszcie 31,0; w Pradze 30,9; w Tryjeście 33,0; w Berlinie 24,8; w Wrocławiu 25,9; w Monachijum 30,2; w Dreźnie 23,5; w Bazylei 20,9; w Brukseli 18,0; w Paryżu 23,6; w Londynie 29,4; w Kopenhadze 17,0; w Chrystyjanii 16,6; w Petersburgu 36,8; w Odesie 28,7; w Bukareszcie 39.5; w Barcelonie 32,0. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 5, z płonicy 2, z dławca 1, z krztuśca 1, z róży 1.

* **Wiedeń**. Posadę prymaryjusza w szpitalu Rudolfa otrzy-

mał Dr. Kiemann. — Zakład prywatny dla obłąkanych pani Pabstowéj objęli Drowie Svetlin i Zimmermann.

* **Budapeszt**. Tow. lekarskie obrało Dra Hirschlera po raz trzeci prezesem swoim; członkiem zaś honorowym Dra Jvànchicha we Wiedniu, a korespondentami prof. Otona Beckera w Heidelbergu i Dra Gallarda w Paryżu.

* **Niemcy**. Prof. Tröltsch w Würzburgu wystosował przedstawienie do urzędu kanclerskiego, należycie uzasadnione, wykazujące potrzebę znajomości otyjatryi dla lekarzy praktycznych i żądające, aby nauka ta uznaną została jako obowiązkowa.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Gwidon Baccelli, prof. kliniki lek. w Rzymie, mianowany został członkiem honorowym towarzystwa lekarsko-chirurg. w Londynie.— Dr. Ladreit de la Charrière w Paryżu otrzymał krzyż oficerski legii honorowéj za zasługi koło wystawy. — Docent prywatny anatomii patolog. w Fryburgu Dr. Ziegler mianowany prof. nadzw. — Dr. Maurycy Smoler, docent uniw. i prymaryjusz w zakładzie dla obłąkanych w Pradze czeskiéj, mianowany został dyrektorem szpitala powszechnego tamże.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień Dra w. n. lek. uzyskał w d. 28 grudnia r. z w Uniw. Jagiell. p. Wincenty Kułakowski z Wieliczki.

* **Nekrologija**. D. 11 grudnia umarł w Birmingham Dr. Birt Davies b. prof. medycyny sądowéj i kliniki lekarskiéj w Queens College, licząc lat 79. — W Stambule † 1 grudnia Dr. Millicen, lekarz lorda Byrona, który na jego rękach usnął w Missolunghi d. 19 kwietnia 1824 r. — W Nancy umarł Dr. Grandjean, zastępca prof. terapii.

* **Kraków** d. 3 Stycznia. Na posiedzeniu wczorajszém administracyjném Tow. lek. naszego po sprawozdaniach podskarbiego, sekretarza stałego i dorocznego, bibliotekarza i komisyj przystąpiono do wyborów na rok bieżący. Wybrani zostali: prezesem Dr. Władysław Ściborowski, wiceprezesem ponownie Dr. Aleksander Zarewicz, prymaryjusz w szpitalu Śgo Ducha, sekretarzem dorocznym Dr. Skórkowski, asystent przy katedrze fizyjologii, delegatem Towarzystwa do komisyi sanitarnéj miejskiéj ponownie prof. Janikowski; również skład komisyi redakcyjnéj Przegl. Lek. pozostaje niezmienionym. Ustępującemu po dwuletniém gorliwém urzędowaniu Drowi Domańskiemu, dotychczasowemu prezesowi, Towarzystwo uchwaliło podziękowanie oraz wręczenie albumu z fotogramami wszystkich członków.

Redakcyja otrzymała: Dra HENRYKA KADYIEGO (docenta U. J.): O oku kreta pospolitego, pod względem porównawczo-anatomicznym. Rozprawa habilitacyjna. Osobne odbicie z Pamiętn. Akad. Umiej. w Krakowie Wydz. III T. IV, Kraków 1878, in 4to z 2 tabl.

Dra Tadeusza BROWICZA (Zast. prof. U. J.): Wypadek badania doświadczalnego zmian nerek w zapaleniu ostrém. Osobne odbicie z rozpraw Akad. Umiej. Kraków 1878, in 8vo str. 13.

Pamiętnik Towarzystwa nauk ścisłych w Paryżu. Tom IX, Paryż 1877. Nakładem Biblioteki Kornickiéj, in 4to. Zawiera pomiędzy innemi Michała Girdwoynia: Patologiję ryb, czyli krótki rys o chorobach i potworach rybich, ozdobiony 11 tablicami.

Pamiętnik Towarzystwa nauk ścisłych w Paryżu. Tom X, Paryż 1878. Nakładem Biblioteki Kornickiéj, in 4to. Zawiera między innemi Teofila Chudzińskiego: Anatomiję porównawczą zwojów mózgowych z 9 tablicami.

Jahresbericht des Vereins der Ärzte in der Bukowina pro 1877 i 1878. Czernowce 1878, in 8vo str. 39. Zawiera Dra J. Schechta: Uiber epidem. Diphtheritis.

Piśmiennictwo lekarskie. ARMAGNAG H. Traité élémentaire d'ophthalmoscopie, d'optométrie et de réfraction oculaire. Av. 116 fig. 18. Paris. Delahaye.

ARCHIV f. mikroskopische Anatomie, hrsg. von v. la Valette St. George u. W. Waldeyer. 15 Bd. 3. Hft. Mit 12 Taf. u. 1 Holz schn. gr. 8. Bonn. Cohen et Sohn. M. 11.

AUZIAS-TURENNE. La Syphilisation. Gr. in-8. Paris. G. Baillère. Fr. 16.

BILLROTH Th. Éléments de pathologie chirurgicale. Trad. de l'allemand. précédés d'une introduct. par Verneuil. 8. Paris. Germ. Baillière. Fr. 14.

BIRNBAUM K. Einfache Methoden zur Prüfung wichtiger Lebensmittel auf Verfalschungen. 3. Aufl. 8. Karlsruhe. Gutsch. Pfg. 30.

BOULLET. Contributions à l'étude des lésions traumatiques de la base du crâne. 8. Paris. Delahaye. Fr. 3.

BUDIN P. des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels. In-8. Paris. Doin. Fr. 5.

CASPARI O. Virchow u. Haeckel vor dem Forum d. methodologischen Forschung. gr. 8. Augsburg. Lampart et Co. M. 1.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie **we Środę** dnia **8go Stycznia** o godz. 5 popołudniu posiedzenie, na którém: 1) Prof. Dr. Olszewski poda kilka uwag dotyczących zdrojów w Krynicy i Słotwinie. 2) Dr. Zieleniewski mówić będzie o ruchu i rozwoju zakładu zdrojowego w Krynicy w ostatnich pięciu latach.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

W Administracyi

PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO

jest do pozbycia niewielka liczba kompletnych egzemplarzy **Przeglądu Lekarskiego** z lat 1873, 1874, 1875, 1876 i 1877.

PRZEWODNIK

do klimatycznego leczenia

obejmujący stacyje klimatyczne Europy i Afryki, napisany przez Dra **Z. Dobieszewskiego**, można nabyć w Redakcyi Przeglądu Lek. po p i ę ć złr.

Konkurs

na posadę lekarza prymaryjusza przy szpitalu powszechnym w Sanoku z płacą roczną 500 złr aw. Podania wnoszone być mają w przeciągu 6ciu tygodni do tutejszego magistratu, do których dołączyć należy dowód otrzymanego stopnia Dra wszech nauk lekarskich lub też przynajmniéj doktora medycyny, chirurgii i akuszeryi.

Ubiegający ma się także praktyką szpitalną wykazać.

Sanok 7 Grudnia 1877.

ADMINISTRACYJA

„Przeglądu Lekarskiego"

dostarczać będzie abonentom brakujących im Numerów **Przeglądu Lekarskiego** z r. 1878, po dzień 15 Lutego 1879 r.

Rok I. — 1879.

Rocznik Medycyny polskiéj

wydawany staraniem i nakładem Dra J. **ROGOWICZA**, Redaktora „M e d y c y n y" wyszedł z druku w dwóch częściach:

Część I. (zbroszurowana) zawiera P r z e g l ą d r o c z n y p i ś m i e n n i c t w a l e k a r s k i e g o p o l s k i e g o str. 200.

Część II. informacyjna i kalendarzowa (oprawiona w płótno angielskie z dodaniem ołówka) zawiera tekstu str. 72 i dziennik z kalendarzem na rok cały 1879, str. 192.

Cały zatem Rocznik zawiera 14½ arkuszy druku w 16ce i sprzedaje się: w **Administracyi Przeglądu Lekarskiego** i w księgarni **Krzyżanowskiego w Krakowie** po 1 złr. 35 cent., z przesłaniem pocztą 1 złr. 45 centów.

Objąwszy z dniem 18 października rb. urząd członka Wydziału i Podskarbiego Stowarzyszenia dla wydawnictwa dziel lekarskich polskich upraszam wszystkich Członków tego Stowarzyszenia zalegających z opłatą składek aby takowe jak najrychléj na moje ręce nadesłać raczyli, nadmieniając, iż składki te nadsełać można łącznie z Przedpłatą na Przegląd Lekarski.

Dr. Grabowski.

Rynek Nr. 45.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 11 stycznia 1879. № 2. Rok XVIII.

I. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurg. we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

a) **Uwagi dotyczące cięcia krtani tarczykowego** *(Thyreotomia, Laryngofissio, Laryngotomia)* **i opis odnośnych czterech przypadków.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1.)

W przypadkach swoich odstępowałem znacznie od wzoru dopiero opisanego, a mianowicie: w żadnym przypadku nie używałem narkozy. Narkoza ma przedewszystkiém oszczędzić choremu bolu, a po drugie ułatwić dokonanie rękoczynu w saméj krtani przez znieczulenie drażliwéj jéj błony śluzowéj. Atoli chcąc użyć narkozy należy poprzednio uskutecznić niską tracheotomiję, a to w tym celu, aby poniżéj pola operacyjnego włożyć rurkę tamponową i tym sposobem ochronić oskrzela od krwi z góry podczas rękoczynu spływającéj, któréj chory z powodu znieczulenia nie wykrztusza. Dla wykonania jednak tego wstępnego rękoczynu, to jest tracheotomii, zawaha się niejeden operator z powodu znacznéj zadyszki *(dyspnoea)* użyć narkozy. Ja należę do tych, którzy się obawiają narkotyzować w obec znacznych przeszkód mechanicznych w drogach oddechowych, pomimo, że sposobu tego używają znakomitości lekarskie. Zaduszenie bowiem, którego jeden przykład opisuje Burow *(Langenbecks Archiv f. Chirurgie* tom 18, str. 235.) może się częściéj wydarzyć, a nawet bezpośrednièm jego następstwem może być śmierć chorego na stole operacyjnym! Burow wspomina przy téj sposobności, że obecnie wcale nie używa narkozy przy zwężeniach krtaniowych. Jeżelibym przeto nie miał narkotyzować przy wstępnéj tracheotomii, naówczas popełniłbym pod pewnym względem znaczną nielogiczność chcąc narkotyzować do tyreotomii, a to z téj przyczyny: Tyreotomija jest niewątpliwie mniéj bolesnym rękoczynem aniżeli tracheotomija w swéj pierwszéj części, to jest aż do chwili operowania wśród saméj krtani, ponieważ skutkiem powierzchownego położenia środkowéj linii chrząstek tarczykowych i skutkiem braku wśród pola operacyjnego ważniejszych naczyń krwionośnych odpada owa prawie nieoddzielna część tracheotomii operowania na tępo, rozdzielania tkanek szczypczykami od tchawicy, przyczém chorzy zwykle bardziéj jęczą, aniżeli podczas operowania ostrém narzędziem. Druga zaś część tyreotomii, to jest rękoczyn wśród saméj krtani, jest wprawdzie, jak sobie to wyobrażam, aktem znacznie trudniejszym, jeżeli się go uskutecznia bez narkozy aniżeli przy użyciu narkozy; albowiem wielką przeszkodą jest krztuszenie się chorego tak pod wpływem powietrza bezpośrednio działającego na błonę śluzową, jakoteż pod wpływem choćby najsłabszego krwawienia, wreszcie w skutek dotykania błony śluzowéj narzędziami chirurgicznemi. Atoli w przypadkach swoich zauważyłem, że to krztuszenie się jest najuporczywszém zaraz w początku po otwarciu krtani, wnet zaś chorzy się uspokajają i znoszą dobrze byle nie zbyt niedelikatne manipulacyje. Podmiotowe zaś dolegliwości chorego w owém stadyjum nie muszą być o wiele znaczniejsze, aniżeli podczas operacyj wziernikowych, tak, że ten ostatni powód do narkozy przy tyreotomii tak samo odpada, jak przy operacyjach wziernikowych.

Następnie unikam narkozy także i dlatego, że chętnie unikam także i wstępnéj tracheotomii, która idzie w parze z narkozą przy tyreotomii. Dlaczego zaś unikam tracheotomii, mimo że ją polecają poważni autorowie, o tém wspomnę później, kiedy będę rozbierał zarzuty czynione tyreotomii ze strony laryngoskopistów. Tymczasem zaś tylko wspomnę, że uduszenia się chorego nie obawiam się, ani podczas rękoczynu ani też późniéj. Rozszerzając bowiem podczas rękoczynu jamę krtaniową za pomocą haczyków, a równocześnie uciskając powyżéj delikatnemi gąbeczkami krwawiące miejsca w krtani, zabezpieczam choremu czynność oddychania; atoli we wszystkich przypadkach używałem mimo to w pewnych odstępach podczas rękoczynu rurek tchawiczych, które wprowadzałem poniżéj strun głosowych. Po dokonanym zaś rękoczynie nie zdarza się, ażeby wystąpiło znaczne zapalne zwężenie szczeliny głosowéj. W pierwszym przypadku

wykonałem tracheotomię przed tyreotomiją nie wiedząc, że uskutecznię później tyreotomię, a była to tracheotomija z konieczności wykonana z powodu znacznego zaduszenia, a nadto wysoka (*tracheotomia suprathyreoidea*), z której nie mogłem nawet korzystać celem zastosowania narkozy, albowiem rurka tchawicza zasłaniała mi dolną część pola operacyjnego, tak, że przed tyreotomiją musiałem ją zupełnie usunąć. W trzecim przypadku wprowadziłem wprawdzie po kilku dniach po dokonanéj tyreotomii rurkę tchawiczą z powodu miernego obrzęku krtani, atoli nie uczyniłem tego z konieczności, gdyż następowe zwężenie szczeliny głosowéj nie było tak znaczne, ażeby koniecznie potrzeba było użyć rurki tchawiczéj; uczyniłem to jednak dla spokoju choréj, a wprowadziłem tę rurkę przez cięcie w więzadle pierścienio-tarczykowém uskutecznione podczas tyreotomii. Wolę zaś przy tyreotomii unikać tracheotomii aniżeli narkozy; dlatego jeżelibym musiał ewentualnie zastosować narkozę, uskutecznilbym to bez poprzedniéj tracheotomii, a o właściwéj tego przyczynie wspomnę późniéj. Brzegi chrząstek tarczykowych polecam rozciągać nie ostremi haczykami, lecz małemi a tępemi i szerokiemi, które poleciłem sobie sporządzić wyłącznie do tracheotomii na wzór Langenbeckowskich używanych przy resekcyi, atoli o stosownych rozmiarach i zgięciach. Po dokonanym rękoczynie ograniczałem się w trzech pierwszych przypadkach do zbliżania brzegów chrząstek tarczykowych przylepcami według rady autorów. W ostatnim zaś przypadku, który się jeszcze znajduje w leczeniu na moim oddziale, nałożyłem kilka szwów, lecz nie na wskroś przez chrząstki, jeno przez tkankę sąsiednią i ochrzęstnę (sądzę, że mogę taki szew nazwać *sutura parachondrica* na wzór *sutura paraneurotica)*, a użyłem na ten cel katgutu Nr. I. Z rezultatu jestem zupełnie zadowolony, albowiem zbliżenie brzegów chrząstek jest prawie zupełne, tak że tylko podczas kaszlu słychać czasem słaby szelest przeciskającego się powietrza, a ułożenie chrząstek niepozostawia nic do życzenia. Zresztą i ropa z rany wydzielająca się nie może dostać się do krtani, a to tém mniéj, ponieważ wyściełam ranę gazą Listrowską i wypełniam ją watą Brunsową, w którą jako w materyjał hygroskopijny wsiąka każda kropla ropy. Z tych więc powodów polecam zastosowanie szwów tego rodzaju.

Teraz przystępuję do zarzutów, jakie przeciwnicy czynią niniejszemu rękoczynowi. Jednym z najważniejszych jest stósunkowo wysoki procent śmiertelności, jaki wypada z zestawienia przypadków tego rękoczynu, zaznaczonych w literaturze. Jelenffy (l. c.) twierdzi mylnie, jakoby Hüter w swojéj zwyż przytoczonéj monografii na podstawie 35 sobie znanych przypadków podał 6% śmiertelności. W rzeczywistości zaś rzecz się ma inaczéj. Hüter przytacza na 35 przypadków tego rękoczynu 7 przypadków śmierci. Z tych w 5ciu przypadkach śmierć nastąpiła bardzo późno po operacyi w skutek chorób przypadkowych, które w żadnym nie zostawały związku z rękoczynem, tak że przy obliczeniu statystycznem należy je wliczyć w poczet przypadków pomyślnych. Dwa tylko przypadki śmierci nastąpiły wkrótce po operacyi: z tych jeden nastąpił na drugi dzień po operacyi, a to skutkiem utkwienia fasoli w oskrzelu; między śmiercią więc a rękoczynem nie było żadnego związku; w drugim przypadku nastąpiła śmierć w 7 dniu po operacyi, a oględziny pośmiertne wykazały kilka małych ropni w szczytach płuc. Z tego zestawienia więc wynika, że właściwie tylko z tym ostatnim przypadkiem śmierci w owych 35 przypadkach liczyć się należy, cyfra więc przez Jelenffyego Hüterowi podsunięta, a mianowicie 6%, jest mylną, gdyż wynosi właściwie niespełna 3%. Mackenzie (l. c.) przytacza 5 przypadków śmierci na 49 operacyj, a zatém 10% śmiertelności; ale i ta cyfra nie powinna przerażać, albowiem nie ulega wątpliwości, że gdyby się te przypadki należycie i bezstronnie oceniło, cyfra ta znacznie by się zmniejszyła. Atoli jakkolwiekbądź każda choćby najmniejsza cyfra śmiertelności tego rękoczynu świadczy o tyle niekorzystnie o nim, o ile przeciwnicy z dumą mogą przeciwstawić swoją statystykę, która nie wykazuje żadnéj śmiertelności po rękoczynach wśródkrtaniowych, mimo że liczba odnośnych przypadków zapisanych w literaturze jest rzeczywiście bardzo znaczną. Gdyby więc na wybór stósownego rękoczynu miały wpływać tylko cyfry śmiertelności, a żadne inne względy, w takim razie niktby się długo nie zastanawiał nad sposobem rękoczynu, jakiego ma użyć; atoli na wybór metody wpływają jeszcze inne, także ważne względy, o których jeszcze będzie mowa. Teraz wypada nam się jeszcze zastanowić nad przyczynami, które mogą wywołać śmierć po cięciu tarczykowém. W przypadku śmierci powyżéj przytoczonym wykazały oględziny pośmiertne kilka ropni w szczytach płuc; ponieważ nie ma tam wzmianki o naciekach zapalnych, zajmujących całe zrazy płuc, ponieważ następnie nie ma tam mowy o charakterystycznych złogach ropnicowych, a zresztą i sam czas (śmierć nastąpiła w 7ym dniu po operacyi) nie zgadza się z przypuszczeniem ropnicy jako przyczyny śmierci, przeto należy owe małe ropnie w tym przypadku uważać jako stekowe, powstałe skutkiem ropy z góry spływającéj; ropa zaś mogła pochodzić albo z samego wnętrza krtani, a zatém z rany pozostałéj po wycięciu ukleja (mowa tu o przypadku Debrou'a, w którym tenże wyciął z górnéj części krtani uklej wielkości orzecha), albo z rany na szyi. Ponieważ rany pozostające w krtani po wycięciu uklejów są zbyt małe i powierzchowne, ażeby mogły tyle dostarczyć ropy, by takowa swoim ciężarem przemogła prąd wykrztuśny, usilujący ją na zewnątrz wydalić, ponieważ zresztą wyniki rękoczynów wziernikowych dostatecznie o tém pouczają, że te rany nigdy takich następstw za sobą nie pociągają, przeto należy z całą pewnością przypuścić, że ropa w owym przypadku niewątpliwie dostała się do płuc z rany zewnętrznéj, która to okoliczność obciąża w wysokim stopniu sam rękoczyn. Jeżeli się czyta polecenia autorów, że nie należy chrząstek tarczykowych a natomiast trzeba brzegi rany przylepcami ściągać, można się rzeczywiście dziwić, dlaczego zdarzenia tak niepomyślne, jak w przytoczonym przypadku nie zdarzają się częściéj, a należy to téj okoliczności przypisać, że ropienie najczęściéj bywa mierne, tak że chory zdoła ropę wraz z wydzieliną tchawicy i oskrzeli wykrztusać. W téj mierze właśnie przypisuję znaczną doniosłość metodzie, którą zaleciłem powyżéj a w obec doświadczenia zaczerpniętego z wyniku powyżéj przytoczonego niepomyślnego przypadku zalecam jeszcze tém goręcéj: aby po dokonanym rękoczynie nakładać szwy z katgutu przez tkanki osłaniające chrząstki *(sutura parachondrica)*, przez co brzegi chrząstek wzajemnie do siebie się zbliżają, a tém samém wnętrze przewodów oddechowych chroni się od ropy wydzielającéj się w zewnętrznéj ranie na szyi; następnie: brzegów w powłokach krtani nie ściągać przylepcami, lecz ranę wyściełać gazą Listrową i watą Brunsową, która każdą kroplę ropy pochłania, a czynić to dopóty, dopóki dno rany nie pokryje się czystą i jędrną ziarniną, która także dobrze ochrania przewody oddechowe od tego samego szkodliwego czynnika, poczém można pod ko-

niec gojenia brzegi rany ziarnkującéj zbliżać do siebie przylepcami celem przyśpieszenia zagojenia i uniknienia szpetnéj blizny. Tak postępuję z najlepszym skutkiem w czwartym przypadku, który się jeszcze znajduje na oddziale; od pierwszego dnia po operacyi chory chodzi i nigdy nie gorączkował. W taki sposób da się z całą pewnością uchylić jedno z niebezpieczeństw cięcia krtani tarczykowego, które atoli niestety już ma swoją ofiarę w kazuistyce chirurgicznéj.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

II. O zachowaniu się chorych syfilitycznych podczas leczenia wcieraniami rtęciowemi.

Podał Dr. **Ż. Krowczynski** we Lwowie.
(Rzecz czytana w Tow. Lek. Galic.)
(Ciąg dalszy Patrz Nr. 1).

Do drugiéj grupy zaliczam tych, których metody mają na celu wyleczenie kiły bez ślinotoku, i przeciw wystąpieniu którego używają najrozmaitszych środków zapobiegawczych. Nie będę rozbierał teoretycznych zapatrywań zwolenników powyższych sposobów leczenia, bo pod tym względem, w jaki sposób rtęć działa na kiłowych, są one bardzo podzielone; ale nie trudno będzie przekonać słuchaczów, że wspomniane metody do wyleczenia posiłkują się osłabieniem organizmu. Wprawdzie to osłabienie sprowadzają powolnie i bez ślinotoku, ale ta powolność wydaje mi się właśnie być godną pochwały i zasługuje, aby ją naśladowano, co zresztą poniżéj będę starał się udowodnić.

W przygotowawczém leczeniu nie odgrywają już upusty krwi ani przeczyszczenia ważnéj roli, ale przeciwnie indywidualizowanie chorych nie jest czczym frazesem a umiarkowane podawanie rtęci stanowi najważniejszą podstawę leczenia. Najcięższym zarzutem czynionym temu leczeniu jest zdaniem przeciwników tego obozu, w imieniu których przemawia Simon, iż przewleka się przez to chorobę, która już sama szkodliwie oddziaływa na organizm a krzywda wyrządzona chorym wzrasta w miarę użycia rtęci, która w każdym razie nie jest dla organizmu obojętną. Tak więc zwolennicy wspomnianych sposobów leczenia omijając ślinotoki, przyczyniają się według twierdzenia Simona do powstania choroby, która jest połączeniem chronicznego zatrucia rtęcią i przewlocznego działania jadu kiłowego. Porównywając trwanie leczenia przy sposobach obecnie używanych z metodami dawniejszemi, musimy przyznać, że przewlekamy chorobę, ale to przewlekanie jest dlatego zaletą, że ono nie pociąga za sobą osłabienia organizmu, którego uniknąć jest najdonioślejszém dążeniem. Późniéj rozbierając szczegółowo istotę choroby kiłowéj i działania rtęci, dostarczymy dowodów, przemawiających za leczeniem powolném, tutaj zaś ograniczę się do stwierdzenia, że drugi zarzut czyniony metodom obecnie używanym jest również nie słusznym. Że istnieje rtęcica przewłoczna i że ją łatwiéj wywołać można u kilą dotkniętych a leczonych niewłaściwie merkuryjuszem, aniżeli u zdrowych, o tém nikt nie wątpi, równie jak nie zaprzeczy nikt zdrowo patrzący, że pod wpływem działania przyrzutu kiłowego powstaje zmiana krwi i osłabienie całego organizmu; nieuprzedzony jednak musi przyznać, że umiarkowane dawki rtęci należycie stosowane, bynajmniéj nie przyczyniają się do powstania choroby będącéj połączeniem rtęcicy z kilą, co zresztą w dalszym wywodzie uwidocznię.

W wyjątkowych przypadkach jest właściwym i słusznym zarzut Simona, jeśli przezeń rozumiemy, że podawaniem rtęci osłabiamy już i tak schorzały organizm kilą dotkniętego; w przeważnéj zaś liczbie zarzut jest niewłaściwym a mianowicie wówczas, gdy organizm leczonego się nie osłabia. Przeciwnie mieści on w sobie największą zaletę leczniczego postępowania, bo tym sposobem lecząc nie tylko usuwamy kiłę, ale co ważniejsza, przez jéj uleczenie temuż przy równoczesném wzmocnieniu organizmu powracamy mu warunki niezbędne do jego rozwoju. A ponieważ w dalszym ciągu odnajdzie czytelnik usiłowania skierowane ku odparciu zarzutów, przeto ograniczam się tutaj do tych ogólników.

Jeśli zwolennicy ślinotoków bezwzględnie i niedostatecznie odżywiali chorych, przyspieszali odnowę organizmu zbytecznem ciepłem i niekorzystnie wpływali na rozwój chorych, wzbraniając im świeżego powietrza, to zwolennicy drugiéj grupy metod używanych w naszym wieku nie byli tak bezwzględnymi, choćby dla tego, że uwzględniali w wielkiéj części organizm dotknięty chorobą czyli szczegółowiéj indywidualizowali. Zwolenników téj drugiéj grupy możemy z wszelką słusznością podzielić na dwa poddziały, z których w pierwszym grupują się wyznawcy metody w ścisłém znaczeniu Montpelierskiéj, to jest tacy, którzy nie skąpią chorym pokarmów, nie wzbraniają powietrza, nie odsuwają od zajęcia, nie więżą w zamkniętych choćby nawet odwietrzanych pokojach i to czynią w przekonaniu, że ani umiarkowane zimno używających wcierań nie zabija, bo ono przyczyną udarów mózgowych nie bywa; ani umiarkowana wilgoć i zwykłe zmiany ciepłoty przypadów reumatycznych nie wywołują. Inaczéj postępują ci, których do drugiego poddziału zaliczać należy, bo nie zostawiając tyle wolności chorym jak ostatni, nie są równie tak bezwzględnymi jak zwolennicy leczenia za pośrednictwem ślinotoków. Ponieważ przedstawicielem ostatniéj metody obecnie u nas najbardziéj rozpowszechnionéj jest Sigmund i on właśnie zajmuje owo pośrednie stanowisko, bo metoda jego ani nie zachęca do wielkiéj dowolności, ani do bezwzględnego postępowania zwolenników Louvriera i Rusta, przeto mogę się ograniczyć do wykazania stron dodatnich i ujemnych metody Sigmunda a jeśli to uskutecznić zdołam, nie narażę się na zarzut lekkomyślnego postępowania.

Zupełnie pojmuję, że dopatrywanie przezemnie stron ujemnych w metodzie Sigmunda zrobić musi dziwne wrażenie, ale walka jakkolwiek nie równa nie powinna być naganną, jeśli ma na celu odkrycie prawdy. Plamy na cudném słońcu odkryte nie pozbawiają go uroku, ani nie umniejszają jego dobroczynnego wpływu, a jeśli z jakichś powodów w razie niedopięcia celu potrzebowałbym usprawiedliwienia, to powodów do takiego usprawiedliwienia umiałbym wiele znaleść. Jednym z nich między innemi był spór, który się toczył przed kilkoma miesiącami między dwoma lekarzami warszawskimi, którzy powołując się na poważne głosy znakomitych autorów w sprawie zachowania się chorych podczas leczenia wcieraniami, w gruncie rzeczy kwestyi spornéj nie rozwiązali, chociaż głos jednego z nich znany dobrze w naszéj gałęzi nie przebrzmiał bez korzyści. Drugim powodem a przynajmniéj zachętą było dla mnie świeżo wydane dziełko w téj kwestyi przez Sigmunda (*Einreibungskur bei Syphilisformen*), które jakkolwiek zawiera bardzo cenne uwagi i ważne wskazówki dla praktycznych lekarzy, a jako owoc długoletniéj pracy znakomitego badacza zasługuje na sumienne przestudyjowanie, mimo to ma swe słabe strony,

które występują przy porównaniu obu sposobów leczenia, do których rozbioru przystępujemy.

Jakkolwiek metoda lecznicza Sigmunda jest dobrze znaną, mimo to muszę ją przypomnieć dla dopięcia zamierzonego celu, przyczém będę miał sposobność wykazać, czém się ona rożni od innych sposobów leczenia i jakiego zachowania się wymaga od leczonego. I ta metoda składa się z przygotowawczego leczenia a celem jéj jest stworzenie takich warunków higijenicznych dla kiłą dotkniętego, któreby zapewniały, że funkcyje organizmu ile możności prawidłowo odbywać się będą. Sigmund nie przepisuje, z czego przygotowawcze leczenie składać się powinno w każdym przypadku, ani nie oznacza ryczałtowo czasu jego trwania, ale nie oswobadzając się z więzów pedantyzmu metod, słusznie wylicza to, na co szczególną uwagę zwracać należy. Pierwszém zadaniem dla Sigmunda jest usunięcie wszelkich komplikacyj, co jak wiadomo, należy do bardzo trudnych a często niemożliwych usiłowań leczniczych; daléj nakazuje uregulować dyjetę, rozumiejąc przez to, że ona powinna się składać z pokarmów pożywnych w miernéj ilości; zaleca częste kąpiele i zwraca szczególną uwagę na pielęgnowanie tych organów, w których objawy chorobowe okazać się mają lub już istnieją. Nie zapomina on o pomieszkaniu, które powinno być obszerne, jasne, wesołe i często przewietrzane, a ciepłota w pokoju powinna być 13—14° R., a nie przenosić 16° R.; chętniéj widzi, gdy chory w tym peryjodzie usuwa się od zajęć a większą część dnia w pokoju przebywa i nie sprzeciwia się, gdy choremu 1/4 lub 1/3 część tych pokarmów i napojów podajemy, jakie nawykł on spożywać w czasie zdrowia, radząc unikać pokarmów ciężkostrawnych, tłustych lub łatwo rozkładających się a napoje zupełnie usunąć lub do bardzo małéj ilości ograniczyć i to tylko w przypadkach długiego do nich przyzwyczajenia się. Czując jednak złą stronę metod *ex cathedra* głoszonych tak usprawiedliwia siebie i podawanie przepisów: „są one poniekąd idealnemi wskazówkami, będącemi wynikiem długoletniego i obszernego doświadczenia,“ a daléj najwyraźniéj mówi, że od zapatrywania lekarza zależy, w czém od przepisów w danym przypadku odstąpić należy, nie zachęcając do zbytnich ustępstw dla chorego i przekraczań przepisów, które niekorzystne następstwa dla chorego i lekarza za sobą pociągają, bo ani wynik leczenia nie będzie zadowalającym, ani praca lekarza dobrém imieniem wynagrodzoną. Czyż więc ci wszyscy, którzy ślepo nie postępują za wskazówkami Sigmunda, dobrowolnie na ciężkie zarzuty się nie narażają? Wprawdzie nie wielu jest takich, którzyby odmawiali słuszności Sigmundowi co do przygotowawczego leczenia, wprawdzie nikt nie wątpi, że dotkniętego kiłą należałoby uwolnić od wszelkich istniejących chorób przed rozpoczęciem leczenia, gdyż wszelkie choroby chroniczne niekorzystnie wpływają na rozwój kiły i utrudniają leczenie; ale też nikt nie wątpi, że najczęściéj słusznemu żądaniu Sigmunda zadość uczynić nie możemy. Ma się rozumieć, że nikt nie będzie leczył kiły u dotkniętego równocześnie ostrą i szybko przebiegającą chorobą, ale szczególną uwagę zwracać wówczas będziemy na pierwszą, pod któréj wpływem, jak doświadczenie poucza, istniejące przypady kiły czasowo albo nawet na zawsze ustępują, ale natomiast przewłoczne cierpienia każdy lekarz bardzoby chętnie usunął u kiłowych, tém bardziéj, że one zawsze niekorzystnie na leczonych wpływają. Chorobami chronicznie komplikującemi kiłę są jak wiadomo najczęściéj zołzy chroniczne, zajęcia dróg oddechowych lub pokarmowych; cierpienia wymagające najczęściéj bardzo długiego czasu do wyleczenia, przez który do obserwowania chorego i nie usuwania kiły ograniczyć się nie można. Często zaś późne zgłoszenie się chorobą dotkniętego jest przyczyną, że okres przygotowawczy Sigmunda albo bardzo skracamy, albo bez takowego wprost do leczenia przystępujemy.

Jakkolwiek więc wszyscy uznają, że przygotowawcze leczenie jest bardzo korzystne w wielu przypadkach, nie czynimy takowemu zadość z przytoczonych powyżéj powodów.

Przystępując do rozbioru leczenia właściwego Sigmunda, przytoczę tylko te polecenia, które dotyczą zachowania się chorych a których wszyscy bezwzględnie nie naśladują, przez co od sposobu leczenia Sigmunda się odłączają. Uznając potrzebę świeżego powietrza, każe Sigmund przewietrzać pokój, względnie pokoje zajmowane przez chorego, temu poleca do 18 godzin leżeć w łóżku, być ciągle ciepło ubranym, nie opuszczać wcale pokoju nie używać ruchu, nie zajmować swéj myśli, chyba nie natężającém czytaniem a dyjetę reguluje według tych samych zasad, jak podczas leczenia przygotowawczego, zastrzegając wyraźnie, że lepiéj mniéj podawać, aniżeli powiększać dawki pokarmów choremu, które zwykł spożywać za czasów zdrowia. Przy tém zachowaniu się wcierają chorzy w znany czytelnikowi sposób małe ilości rtęci tj. od 3 do 5 grm. jednego dnia. Wielka część lekarzy nie naśladując pod tym względem Sigmunda, idzie za twórcą metody z Montpellier a może jeszcze dowolniéj postępuje. Podczas gdy Sigmund wyjątkowo pozwala wychodzić, używać do woli powietrza bez względu na jego stan, używać ruchu, oddawać się czynnościom fizycznym i umysłowym i tylko źle odżywionym lub niedokrewnym podaje do syta pożywienia; otóż to wszystko, co w metodzie Sigmunda jest wyjątkiem, stanowi regułę dla właściwych naśladowców szkoły Montpellierskiéj a wyjątkowo u nich bywają polecenia Sigmunda, które zastosowują u takich chorych, których stan chorobowy nie pozwala na powyższe polecenia, gdyż te wyrządzałyby szkodę zdrowiu leczonych. Ta różnica w postępowaniu nie jest kaprysem, ale zdaje mi się postępowaniem bardzo właściwém, opartém na fizyjologii i prawach odnowy organizmu. Zamiast przytaczać poważne głosy mistrzów obu metod i tym sposobem popierać własne zapatrywanie, rozbierzmy szczegółowo zasadę postępowania Sigmunda i poddajmy ją krytyce, posiłkując się przytém rozumowaniem i doświadczeniem. Nie odrzucając więc teoryi, nie ominę wskazówek z doświadczenia wypływających w tém przekonaniu, że jeśli oba sposoby jednę prawdę wskażą, to wynik nie będzie fałszywy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. H. Joannet (Paris): **Le poil humain, ses varietés d'aspect, leur signification en médecine judiciaire.** Paris, O. Doin, 1878, in 8vo, str. 117, cena 1,80 zł.

Chcąc wypełnić lukę w literaturze sądowolek. francuskiéj, autor zachęcony przez prof. swego Lacassagna obrał sobie rzecz o włosach ludzkich ze stanowiska sądowolek. za przedmiot rozprawy inauguralnéj. Jakkolwiek młody autor przyznaje, że się opiera na „monografii“ Oesterlena (*Das menschliche Haar u. seine gerichtsärztl. Bedeutung.* Tübingen 1874.), to przecież nie zamierzył ogłosić tłumaczenia i sądzi, że tak pod względem układu, jakoteż metody i licznych (?)

poszukiwań, które czynił, dziełko jego może rościć sobie prawo do tytułu *„étude originale“*. Zapewne, że pojęcia „rozprawy oryginalnéj“ mogą być bardzo elastyczne, zwłaszcza u pewnych lekarzy francuskich, którzy liczą na to, że dla nieznajomości języka niemieckiego nikt z ich rodaków nie porówna ze sobą „oryginałów“; również nie ulega wątpliwości, że trudno nazwać tłumaczeniem dziełko, w którym autor traktuje rzecz w innym porządku, aniżeli jego pierwowzór; ale mimo to przeczytawszy rozprawę w mowie będącą znachodzimy między książką Joanneta a Oesterlena podobieństwo, jeżeli już nie jak między jednem jajem a drugiém, to przynajmniéj jak między jednym bliźniakiem a drugim. J. uważa pracę Oesterlena za monografiję znakomitą; my zdania tego nie podzielamy, upatrując w niéj przeciwnie dość zręczną kompilacyję, którą autor oczywiście sam jako taką uznał, skoro ją pierwotnie zamieścił był w *Schmidts Jahrb.*, a w rok późniéj dopiero pomnożoną osobno wydał. A skoro pierwowzór niema wielkiéj wartości, to niemoże jéj mieć i kopija, zwłaszcza gdy J. nic nie umiał dodać z własnego doświadczenia, a poszukiwania jego odnoszą się do kwestyj bardzo mało ważnych, i z tego powodu książka w mowie będąca co najwięcéj dla tych tylko może mieć wartość, którzy nie umieją po niemiecku i dziełka Oesterlena czytać nie mogą.

Tam zaś gdzie autor uzupełnia Oesterlena, dostaje się wprost na manowce: tak np. gdy się wyraża o kołtunie: *„dans la plica polonica, affection dont la nature est assez peu déterminée. on trouve une agglomération complète de tous le cheveux par de croûtes exsudatives“* (str. 67); albo gdy wbrew własnym doświadczeniom wierzy, że włosy rosną po śmierci człowieka (str. 75). Wiarę w możebność nagłego siwienia włosów (w ciągu jednéj nocy) podziela z Oesterlenem, który wprawdzie wie o tém, że już wielki Haller poczytał był za bajki wszystkie przypadki odnośne, ale opiera się pod tym względem na nowszym przypadku prof. Landoisa w Gryfii, podczas gdy Hebra i Dobrzycki i ten przypadek słusznie uważają za wątpliwy. Nasz autor wzbogaca liczbę przypadków nagłego osiwienia następującym, przytoczonym przez Schenka, a najciekawszym ze wszystkich: *„Vir quidam, qui asinis onerariis adesse illosque ducere solebat, subito incanuit, quum asinus ei furtim esset sublatus; quum autem recuperavisset, pili colorem nigrum iterum receperunt“*.

Znaczenie sądowolekarskie włosów autor przecenia, tak jakto wszyscy nowsi autorowie czynią, z wyjątkiem E. Hofmanna.

Ze wszystkich nowszych prac o włosach bezsprzecznie najlepszą jest dziełko rodaka naszego Dobrzyckiego (O kołtunie. Warszawa 1877). Jakże mocno odbijają od niego prace Oesterlena i Joanneta! Jakaż to rzecz smutna, że lekarze zabierający się do pisania o włosach, nic o tém dziele nie wiedzą, że nie dowiedział się o niém dotąd w ogóle świat lekarski. Pisząc przed dwoma laty ocenę jego w tygodniku naszym wyraziliśmy nadzieję, że ktoś z pośród młodszych kolegów podejmie się tłumaczenia najważniejszych ustępów na język niemiecki lub francuski i że autor zapewne się zgodzi na to, aby tylko pewne ustępy były tłumaczone. Otóż autor zgadza się na pewne zmiany, ale tłumacz dotąd się nie pojawia, a przecież powinniśmy sami pamiętać o sobie, jeżeli chcemy, aby świat wiedział o pracy naszéj żmudnéj i godziwéj. *Prof. L. Blumenstok.*

Dr. Strümpel (w Lipsku): **O użyciu i działaniu przeciwgorączkowém** *conchininu* czyli *chinidinu* (według farmakopei austryjackiéj).

Badania chemiczne nad alkaloidami zawartemi w korach chinowych dotąd jeszcze nie są ukończone. Za najskuteczniejszy, lubo najdroższy uznawano dotąd słusznie chinin, a zastąpienie tego alkaloidu przez inne przetwory wydobywane z kor chinowych okazywało się z tego względu niepraktycznem, ponieważ częstokroć skutek oczekiwany zawodził, a niższa cena tańszych tych przetworów wzrastała skutkiem potrzeby użycia ich w ilościach znacznie większych od chininu. Chlubny wyjątek pod tym względem ma stanowić zdaniem autora conchinin uzyskany po raz pierwszy w r. 1848 przez Heyningena z chinoidynu i nazwany także betachininem, lub chinidynem (Pasteur 1853; według farmakopei austryjackiéj, angielskiéj i francuskiéj).

W celach terapeutycznych używano dotąd niemal powszechnie siarkanu conchininu czyli chinidynu ($2\,C_{20}\,H_{24}\,N_2\,O_2$, $H_2\,SO_4 + 2\,H_2\,O$); przedstawia się on w kryształkach graniastosłupowych, połyskujących na kształt asbestu; wystawiony na działanie powietrza wietrzeje, rozpuszcza się z łatwością w chloroformie, wodzie gorącéj i wyskoku, za to w wodzie zimnéj jest trudno rozpuszczalny (1:108). Celem zbadania czystości siarkanu chinidynowego rozpuszcza się jednę część jego w 60 cz. wody, ogrzewa do 60° C., dodaje 1 cz. jodku potasu i przesącza po oziębieniu. Jeżeli przetwór był czysty, to i przesącz po dodaniu nieco amonijaku zupełnie czystym pozostanie. Roczyn soli Seignetta (winianu potasowo-sodowego) dodany do czystego roczynu siarkanu chinidynowego, nie powinien sprawić żadnego osadu, w przeciwnym bowiem razie sól ta zanieczyszczona jest cinchodynem i chininem. Siarkan chinidynu nie daje reakcyi znanéj przy badaniu chininu za pomocą nastoju jodowego i kwasu octowego, przez co w razie ostatnim opadają z roczynu blaszki metaliczne bezbarwne, połyskujące barwą pysznie zieloną w świetle wpadającém; gdyż jeżeli do roczynu siarkanu chinidynowego dodamy 1—2 kropli Trae Jodi, a potém 2—5 kropli zgęszczonego kw. octowego, to opadnie z roczynu osad czerwonawo-cisy, w wodzie trudno rozpuszczalny. Tym sposobem również można wykryć zanieczyszczenia chininu chinidynem.

Pierwsze doświadczenia terapeutyczne z chinidynem przedsiębrał Wunderlich w Lipsku jeszcze w r. 1855; wówczas już stawiał go słynny ten klinicysta niemiecki na równi z chininem co do skuteczności w leczeniu zimnicy; późniéj używali go wyjątkowo Machiavelli w Medyjolanie, Ziemssen w Monachijum, a wreszcie Wagner w Lipsku. Cena siarkanu chinidynowego (od Jobsta w Stuttgardzie) wynosi 30 marek za 100 grm., jest więc o $^1/_3$ niższą od ceny chininu (46 marek za 100 grm.)

Autor zdaje sprawę z doświadczeń przedsiębranych z tym przetworem i zastanawia się obszerniéj najprzód nad wynikami terapeutycznemi w durze brzusznym (*Typhus abdominalis* 17 przypadków). Zazwyczaj używano z rana kąpieli zimnéj a wieczorem podawano conchinin w roczynie (Rp. Chinidini sulfurici, Acidi sulfur. dil. utrq. 1,0—2,0, Aq. Menthae piper 10,00 S. wyżyć naraz; celem poprawienia smaku można jeszcze dodać Trae Zingiberis 0,20—0,30). Najwybitniejszą oznaką działania chinidynu było niemal stałe znaczne obniżenie ciepłoty ciała, podobnie jak po chininie i salicylanie sodowym; nieraz nawet, jak autor utrzymuje, skutek po chinidynie był wydatniejszym, niż po chininie. Po $1—1^1/_2$ godziny następowało stopniowe obniżanie się ciepłoty

przez 8—12 godzin (o 2—2·5° C. a nawet o 3·5—4°, raz nawet o 4·5° C.), utrzymujące się w przypadkach pomyślnych przez godzin 24—36 a nawet i dłużéj. Równocześnie z obniżeniem się ciepłoty staje się i tętno wolniejszém, ale pod tym względem działanie conchininu nie jest już tak wybitne ani téż nie pozostaje w zupełnéj harmonii z ciepłotą ciała. Ze stron ujemnych conchininu wymienić należy: przedewszystkiém często zdarzające się wymioty po zażyciu conchininu pojawiające się zazwyczaj dopiero w $^1/_4$—$^1/_2$ godziny, a nawet w 1—3 godzin po podaniu tego leku; wymioty te jednak nie wpływają na skuteczne działanie środka ulegającego szybkiemu wessaniu. Dodanie kilku kropel nastoju makowcowego (Trac Opii) lub nieco morfinu najlepiéj zapobiega wymiotom, które nie tak często występują, jeżeli się zmniejszy dawkę chinidynu do 1,00 grm., powtarzając ją za to częściéj. Wyjątkowo chorzy skarżą się na szum w uszach i ból głowy, a w jednym tylko przypadku po zażyciu przez omyłkę 4,00 conchininu w 60,00 aq. przeznaczonego do lawatywy, nastąpił u 32-letniéj choréj zapad bardzo mocny. Wyniki terapeutyczne po zadaniu 2—3 grm. chinidynu w lawatywach nie były bardzo zachęcające.

Próbowano również dzielności terapeutycznéj chinidynu w 20 przypadkach zimnicy, (6 przypadków Intermittens quotidiana, 14 p. I. tertiana) a skutek wcale nie zawiódł oczekiwanych nadziei. Zazwyczaj podawano 1,50—2,00 conchininu w roztworze na 6—10 godzin przed oczekiwanym napadem; wprawdzie napad ten występuje jeszcze lecz w formie znacznie złagodzonéj; a powtórzenie takiéj saméj lub nieco mniejszéj dawki usuwa już dalsze napady, podobnie jak chinin. Potém przez kilka dni jeszcze podaje się ten środek w dawkach 0,50—1,00 w pigułkach lub kapsułkach. W róży, zapaleniu płuc dławcowém i gorączce połogowéj, działa conchinin podobnie jak w durze, w gorączce trawiącéj przy gruźlicy płucnéj nie wywiera wpływu wyraźnego. (*Berl. klin. Woch.* 1878. Nr. 46). *Obt.*

F. Winckel: *Colpitis gummosa*, nie opisywana jeszcze zmiana chorobowa w pochwie.

W. opisuje ciekawe zmiany chorobowe w pochwie i na oku, które obserwował w swéj klinice u 28-letniéj pacyjentki przez czas dłuższy. Drobiazgowo spisane wywiady wykazują, że chora przebyła w swéj młodości kilka cierpień już to nie pozostających w żadnym związku ze stanem obecnym, już téż przeciwnie, i tak raz w 19tym roku życia przebyła wysypkę, przeciw któréj używano wcierań ogólnych maścią, a po ustąpieniu któréj pojawiły się bezzwłocznie zmiany na oku lewém do dziśdnia trwające. W rok późniéj cierpiała na jakąś sprawę zapalną w podbrzuszu, któréj towarzyszyło wypadanie włosów. Nigdy nie rodziła ani nie roniła; po raz pierwszy miesiączkowała w 22gim roku życia, miesiączka nader bolesna pojawiała się co pół roku. W roku 1870 w 3 miesiące po wystąpieniu zwyż wzmiankowanéj wysypki pierwszy raz w życiu spółkowała; od 4ch lat pozostaje w leczeniu z powodu sprawy chorobowéj na oku. Przed rokiem po raz pierwszy radziła się lekarza chorób kobiecych, poczém doznała ulgi, aż znów stan dzisiejszy powrócił i trwa od sierpnia 1877 r.

W październiku 1878 r. znalazł W. następujące zmiany na oku: oko lewe zamknięte, powieki zaczerwienione i obrzmiałe, dolna powieka ku wewnątrz wwinięta, tak że rzęsy dotykają się rogówki; na wewnętrznéj powierzchni tejże znachodzi się mleczno-biała, łatwo ściągnąć się dająca błona. Spojówka gałkowa obrzękła, tworzy na brzegu rogówkowym półksiężycowy brzeg wystający a na wewnątrz i ku dołowi powleczona jest podobną mleczno-białą ściągnąć się dającą błoną. Odpowiednio miejscu najwięcéj zajętemu rogówka jest naciekła, szara, zmętniała, źrenica rozszerzona, przesunięta, niekształtna.

Po bolesném zdjęciu błony rzekoméj, powierzchnia sącząca błony śluzowéj pokrywa się w kilka dni takąż, samą, jak róg suchą błoną. Na prawym migdałku szarawe miejsce płaskie; łuki podniebienne i języczek zaczerwienione. Na częściach płciowych srom aż do wzgórka łonowego zaczerwieniony, w prawéj pachwinie drobne przeczosy. Wargi sromne większe nie obrzmiałe, suche, szpara sromowa zamknięta. Po rozłożeniu warg mniejszych widać szarawo-biały, częścią mocno przylegający, częścią błoniasto oddzielający się pokład, który poczynając się nad ujściem cewki moczowéj przechodzi na cewkę samą i na przednią ścianę pochwy, daléj bokiem na wewnętrzną stronę warg sromnych mniejszych wgłąb pochwy aż do więzadełka, wreszcie pokrywa ściany pochwy aż do części pochwowéj; zewnętrznie ogranicza się ostro na więzadełku i wargach sromnych mniejszych, w górze na sklepieniu. Raz tylko znaleziono jedno białe miejsce silnie przyczepione wielkości grochu na tylnéj wardze części pochwowéj, jednakowoż nie na brzegu ujścia. Część pochwowa i jama macicy zachowują się zresztą prawidłowo, po zdjęciu błon wrzekomych w pochwie, gdzie dochodzą do kilka milimetrów grubości, widać różową błonę śluzową; upławów niema żadnych, a sprawa cała robi wrażenie rozległego dławca. Pod palcem czuć się dają te pokłady jak po nadżarciu ałunem lub roztworem półtora chlorku żelaza, oddziaływanie kwaśne, ciepłota nie podniesiona.

Dr. Birch Hirschfeld badając błony pod mikroskopem, znalazł ciałka i kryształki tłuszczowe, które się w eterze rozpuściły, a obok nich grube pokłady częściowo zrogowaciałego przybłonka brukowego. Wycięty kawałek błony śluzowéj okazał przybłonek znacznie zgrubiały, przyskórkowate wierzchnie warstwy oddzielały się w pozlepianych blaszkach błoniasto, również warstwa przybłonkowa odpowiadająca sieci Malpighiego okazywała bardzo wielkie komórki i znaczne zgrubienie. Brodawki przerosłe, warstwa podśluzowa znacznie zgrubiała z bardzo obfitemi grubościennemi naczyniami, między niemi zbity naciek tkaniny okrągłemi i wrzecionowatemi komórkami, tak, że ma się obraz, jaki się otrzymuje z przecięcia świeżego wybujałości kiłowych.

W. obserwując chorą miał sposobność przekonać się, że błony wrzekome odnawiając się powstają przez zlanie się pojedynczych punktów szarawo-białych. Raz podczas pobytu na klinice chora miała lekki krwotok a błony rzekome przybrały wejrzenie strupa po użyciu chlorku żelaza, które po przestrzykiwaniu 2% kwasem karbolowym i oddaleniu, ponowiły się w sposób zwyż opisany. Kończąc opis zmian chorobowych dodaje autor, że błony rzekome na oku i w pochwie są zupełnie jednakowe. W dalszym ciągu zastanawia się nad tym przypadkiem podając, że sam podobnych zmian dotychczas nie widział, ani mu téż z literatury nie są znane; powołuje się na przypadek opisany przez Hirschfelda w jego dziele anatomii patologicznéj, w którém tenże podaje zmiany przy zajęciu kiłowém pochwy, a mianowicie przypadek *perivaginitidis* na tle kiłowém, które to zmiany porównywając ze zmianami na błonie śluzowéj przypadku opisanego, wyklucza możebność, aby te zmiany przedstawiały strup po środkach żrących i zastanawia się, czy w tym przypadku można

przypuścić kiłę czyli nie. W tym celu przechodzi wszystkie objawy, podnosi okoliczność, że jod nie wpłynął wcale na zmianę chorobową mimo dłuższego używania, wreszcie objaw wypadania włosów uważa za podejrzany i daje niniejszemu cierpieniu miano *„colpitis gummosa,“* zachęcając kolegów do opisania podobnych przypadków. *(Centralbl. für Gynaekologie* 1878, Nr. 24).

Zdając sprawę z tego przypadku nie mogę się zgodzić na zdanie autora i muszę mu uczynić zarzut, że acz drobiazgowo, nie dość dokładnie opisuje nieznane dotąd zmiany chorobowe; brak np. wzmianki o stosunku zmian na oku do zmian w pochwie, stanowi lukę, dalej w rozpoznaniu czuje się autor niejako krępowany orzeczeniem Hirschfelda, które nie jest i nie może być stanowczém i mimo, że sam przyznaje, że tak wywiady, jak przebieg i stan obecny kiłę wykluczają, to chwytając się tak mało znacznego objawu jak wypadanie włosów, które wielu sprawom chorobowym ciężkim towarzyszyć może, na téj podstawie rozpoznaje kiłę. Przytoczony wreszcie przypadek z dzieła Hirschfelda inne wcale przedstawia zmiany, a nie zawiera tych, które w niniejszym przypadku zdają się być istotnemi tj. błon rzekomych. Co do mnie ośmielam się kiłę wykluczyć, a to tém więcéj, że i badanie mikroskopowe w téj mierze nic stanowczego podawać nie może i nie podaje. Zwracając uwagę na niektóre zmiany i objawy, jak powstawanie błon rzekomych po oderwaniu, tj. że powstają najpierw punkciki, które się zlewają; daléj na okoliczność, że na części pochwowéj tylko raz widzieć się dał punkt szarawy, który nie długo potém zniknął nie pozostawiwszy zmian na błonie śluzowéj; uwzględniając wreszcie brak głębszego nacieku pod błoną śluzową, o jakim właśnie Hirschfeld w swém dziele pisze: musimy przypuścić możebność sprawy pasorzytnéj z następowym przerostem błony śluzowéj i przybłonka. Nadto tożsamość zmian na oku ze zmianami w pochwie, związek przyczynowy, w jakim pozostawać muszą, a wreszcie uporczywe odnawianie się błon rzekomych cechujące sprawę pasorzytną, utwierdzają mnie w tém przekonaniu. Sprawę pasorzytną przypuszczam tém śmieléj, że i Z. prof. Dr. Browicz widział przypadek, w którym u mężczyzny na rogówce tworzyły się białe błony rzekome, dające się usunąć, a odnawiające się po usunięciu; błony te prócz składników, jakie znalazł Hirschfeld pod mikroskopem tj. znacznéj ilości komórek przybłonkowych warstwowo ułożonych, kulek i kryształków tłuszczowych, okazywały liczne pasorzyty prątkowe, które właśnie resztę zmian tych wywoływały. *Dr. Mars.*

Prof. Brouardel (w Paryżu): **Uwagi nad śmiercią przez spalenie.**

„W ostatnich miesiącach mieliśmy zręczność robienia „sekcyj kilku osób, które zginęły w ogniu. Staraliśmy się „oznaczyć przyczynę śmierci, a poszukiwanie nasze dopro„wadziło nas do poznania wartości pewnych oznak, które „zdaniem naszém służyć mogą do sprawdzenia, ażali ciało „znalezione po pożarze pochodzi od człowieka, który dostał „się do ognia za życia swego, lub dopiero po śmierci“. Od téj ważnéj zapowiedzi rozpoczyna rozprawę swoją młody profesor medycyny sądowéj w Paryżu, który, jak wiadomo już czytelnikom naszym, zawód swój dość głośno rozpoczął.

W pożarze, który nawiedził szałasy szpitala św. Antoniego, zginęły 2 pacyjentki porażone; w skutek wybuchu zaś, który nastąpił dnia 15 maja 1878 r. w pewnym domu przy ulicy Bérangera, zginęły również 2 kobiety i kilka osób było poparzonych. Otóż materyjał, na którym autor opiera swoje badanie. W jednym z pierwszych przypadków B. podczas sekcyi wyjął z żyły głównéj wstępującéj kilka cm. sześć. krwi i takową badał za pomocą przyrządu widmowego w 5 miesięcy potém, ponieważ w ciągu tego czasu nie rozporządzał spektroskopem (a więc kierujący zakładem sądowolek. w Paryżu przez 5 miesięcy szukać musi przyrządu widmowego!); znalazł wtedy obie smugi gałczenia, które po dodaniu siarczku amonu nie znikły; toż samo stwierdziła próba sodowa, którą B. zdaje się przypisywać Eulembergowi (sic). Obecność tlenku węgla we krwi zdaniem autora dostatecznie dowodzi, że osoba od któréj ta krew pochodzi, oddychała jeszcze, gdy do ognia się dostała. Otóż pierwsza oznaka dostania się do ognia za życia, otóż pierwsze odkrycie autora. Szkoda tylko że to odkrycie Brouardela wylęgło się w głowie Hofmanna we Wiedniu już przed 3 laty, a zastósowane zostało przez nas w praktyce przed 2 laty (p. Przegl. Lek. 1877, str. 303). Snać B. musiał dobrze znać rozprawkę Hofmanna, skoro z téj samėj żyły co on wyjął krew przy sekcyi, a przecież nazwiska jego nigdzie nie wspomina. Następnie znalazł B. płuca na przekroju żywo czerwone, a w naczyniach płucnych ciałka krwi znacznie zmniejszone, podobne do ziarnek; otóż druga oznaka cechująca śmierć w ogniu i drugie odkrycie autora. Tymczasem jasnoczerwone zabarwienie płuc po części może być zależném od tlenku węgla a zmiany w ciałkach krwi opisał już Ponfick (w *Berl. klin. Woch.* 1878, Nr. 46, p. Przegląd Lek. 1877, Nr. 46).

U osób zmarłych skutkiem eksplozyi nie znalazł B. tlenku węgla we krwi, co tłumaczy szybkim ich zgonem, ale natomiast znalazł oparzenia w jamie ustnéj, na języku i w krtani. Zmiany podobne opisał już poprzednio Riembault, uznając za słuszne wyrażenie się ludowe, że oparzeni łykali płomienie. W razie jeżeli z badania krwi za pomocą widma i drobnowidu otrzymujemy wynik ujemny, zmiany właśnie przytoczone same przez się przemawiają za śmiercią w ogniu; (ale tylko w niższych stopniach zwęglenia, jeżeli pierwsze drogi oddechowe nie są odsłonięte. *Sprawozd.)*

Daléj zwraca uwagę B., że pomimo znacznego zwęglenia powłok organa wewn. mogą być nieuszkodzone, oraz że znalazł objętość serca znacznie zmniejszoną, podczas gdy ciężaru onego nieznacznie ubyło. (Jestto objaw odpowiadający mózgowi minijaturowemu, znalezionem przez lekarzy niemieckich i przez sprawozdawcę.) *(Annales d'hygiène publ. 1878, Novembre*, p. 509 — 534.) *L. B.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XIX. z dnia 19go grudnia 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 20.

1) Wybrano do komisyi sprawdzającéj rachunki Towarzystwa i Przeglądu Lekarskiego koll. Blatteisa, Kralczyńskiego i Pacułę.

2) Zatwierdzono p. Tytusa Slawika chemika technologa, asystenta akademii politechnicznéj we Lwowie i p. Karola Trochanowskiego, asystenta przy katedrze chemii w Uniw. Jag. na członków komisyi balneologicznéj.

3) Kol. Trauczyński przedstawia torebki elastyczne zawierające po 0,05 kreozotu na łyżeczkę tranu, których użycie jest zalecane w suchotach płucnych. Kreozot ten otrzymuje się ze smoły drzewa bukowego i różni się znacznie pod względem fizycznym od kreozotu zwykłego w handlu sie znajdującego. Zapach jego zbliżonym jest do woni dziegciu. W dyskusyi kol. Ściborowski namienia, że od lat kilkunastu używa kreozotu zwykłego w ilości 1 do 2 kropli na 200 grm. tranu w celu poprawienia smaku tego leku.

4) Kol. Żebrowski odczytał sprawozdanie z prac autorów francuskich o użyciu kreozotu w suchotach płucnych (będzie umieszczone w Przeglądzie Lekarskim).

5) Kol. Pacuła okazał i objaśnił plany i widoki fotograficzne nowéj rzeźni w Krakowie. Projekt budowy nowéj rzeźni powstał w łonie komisyi sanitarnéj 1 lutego 1876 r.; 13 kwietnia 1876 wybraną została podkomisyja, w skład któréj wchodzili pp. Dr. Buszek, Lutostański, Pacuła weterynarz i Żołdani budowniczy. Podkomisyja wypracowała projekt a p. Żołdani podług rozmiarów podanych przez weterynarza miejskiego wypracował szkic do budowy tego zakładu, który 21 kwietnia 1876 przedłożony komisyi sanitarnéj a następnie Radzie miasta został przyjętym. Wykonał i przeprowadził go z wielorakiemi zmianami dyrektor budownictwa p. Moraczewski. Nowa rzeźnia zbudowana na lewym brzegu staréj Wisły przy ujściu tejże do nowéj, na wschodniéj stronie miasta, oddaną została do użytku publicznego 1 listopada rb. Zakład ten oddalony jest od rynku 1750 m. i zajmuje powierzchnię 14685 m. □, składa się zaś z pięciu głównych budynków, a mianowicie: z domu administracyjnego, z hali wielkiéj, służącéj li tylko do bicia grubego bydła, długiéj na 50 a szerokiéj na 14 m., z hali do bicia trzody i małego bydła, ze stajen na zdrowe i chore bydło, oraz z prosektoryjum i z budynku mieszczącego w sobie maszynę parową, zbiornik zawierający 45,000 litr. wody z przyszłą fabryką albuminu i topiarnią łoju. Zakład obficie opatrzony jest w wodę, w głównéj hali bowiem 18, w hali trzody 8, w komorach 2 rury zlewają, jak tylko okaże się potrzeba, asfaltową posadzkę i odprowadzają nieczystości do kanałów, które znowu dokładnie oczyszczane bywają przez spuszczanie wody z basenu, służącego do pławienia i pojenia bydła. Położenie zakładu z daleka od miasta chroni od zanieczyszczania powietrza oraz nie drażni tkliwych widokiem na rzeź idącego bydła. Również oględziny zyskały wiele, teraz odbywając się ściśléj, gdyż rozmiary budynku i obfitość światła dozwalają wszystko widzieć, aby uchronić mieszkańców od spożywania mięsa z chorych zwierząt, tak że od czasu otwarcia rzeźni mięso z dwóch chorych sztuk oddano do zniszczenia. Śmiało powiedzieć można, że zakład ten, wykonany przez dyrektora budownictwa p. Moraczewskiego, należy pod względem sanitarnym i wykonania do najbardziéj wzorowych w Europie, a prezydent i rada miasta zasługują na wszelkie uznanie za wystawienie gmachu, który nie tylko że jest ozdobą ale i pożytkiem dla miasta.

Dr. Skórkowski.

V. Nieco z dziejów lekarskich przedhistorycznych.

(Wyjątek z rękopisu obszerniejszego).

Napisał Prof. Dr. J. Oettinger.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1.)

Zarzut jakiby przeciw temu przypuszczeniu uczynić można na zasadzie, iż barwa niebieska nie tylko znana, lecz i używana była w najodleglejszéj starożytności u Egipcyjan i Chińczyków, zbija G. uwagą, że te ludy wyprzedziły o wiele inne narody w rozwoju umysłowym, a zatém i cielesnym; tudzież, że nawet z wyraźnéj wzmianki o niebieszczyźnie, nie wynika jeszcze bynajmniéj, aby tę barwę zdolano już odróżnić dokładnie od czerni i tych wszystkich jéj odcieni, z których tamta zwolna i stopniowo się wyłaniała.

Hugo Magnus*) pochwycił pomysł Geigera i usiłował rozwinąć go naukowo a ująć w formę prawa fizyjologicznego. Twierdzi on, że poczucie barw rozwijało się stopniowo, że był niegdyś czas, w którym rozróżniano jedynie światło, nie zaś pojedyńcze barwy. Siatkówka przez ciągłe na nią działanie światła nabywała zwolna coraz większéj tkliwości na jego mniéj lub więcéj silne odmiany i stopnie natężenia. Czas jakiego pojedyńcze odcienie barw wymagały, aby na siatkówce wywarły swoiste wrażenie, ma się w stosunku odwrotnym do ich siły świetlnéj; barwy więc światlejsze (czerwona, żółta) potrzebowały krótszego, uboższe zaś w światło dłuższego czasu. Koléj więc rozwoju odpowiadała porządkowi barw widmowych poczynając od najjaśniejszych: czerwonéj i żółtéj, a przechodząc przez zieloną do niebieskiéj i fijołkowéj.

Ślady chorób i leczenia w czasach przedhistorycznych.

Szybki rozkład zwłok jest przyczyną, że z pośród zabytków przedhistorycznych bardzo mało tylko dochowało się szczątków ludzkiego ustroju, a z nich takie tylko, które jako najtwardsze i zbliżone składem swoim, przeważnie sole ziemne zawierającym, najwięcéj do ciał nieorganicznych, najdłużéj opierają się zniszczeniu, tj. kości. Dotrwały one jednak w ilości tak szczupléj, a do tego tak uszkodzone i zamienione najczęściéj w okruchy spruchniałe, iż się na nich zatarły główne ślady, wyryte właściwemi wpływami i kolejami, śród jakich przebiegało niegdyś życie istót, do których należały a zmarłych przed lat tysiącami.

Mimo tylu i takich niedostatków, ścieśniających już z góry pole przystępnych badaniu stosunków zdrowia do jednéj tkaniny ustrojowéj i do takich tylko jéj własności i przemian, których niweczący ząb niepamiętnych wieków przemódz jeszcze nie zdołał; mimo tak ograniczonych i tak kruchych skazówek odbiły się na tych prastarych kościach świadectwa niewątpliwe przebytych chorób i ich leczenia, potwierdzające naocznie wniosek wysnuty z góry z ułomności wrodzonéj ludzkiego ustroju, że cierpienia fizyczne i zabieganie im towarzyszyły człowiekowi, odkąd ród jego pojawił się na ziemi.

Ślady odkrytych zboczeń chorobowych odnoszą się już to do skutków obrażeń zewnętrznych, już to do zmian zrządzonych dobrowolnie a raczéj pośrednio przez nieprawidłową sprawę odżywiania.

a) Zranienia przedhistoryczne.

Przykłady zabliźnionych ran z czasów przedhistorycznych opisali i podali:

Thurnam w pracy o czaszkach brytańskich i gallickich w Pamiętniku towarzystwa antropologicznego londyńskiego z r. 1865 w tomie I str. 484 *(On british and gaulish skulls).* Skreśla w niéj między innemi własności czaszki neolitycznéj pochodzącéj z jaskini grobowéj Nogent les Vierges we Francyi, a należącéj do osoby płci męskiéj. W samym środku kości ciemieniowéj ma ona otwór obszerny, długi 88 milim. szeroki 60 mm. z brzegami skutkiem zabliźnienia łagodnie zaokrąglonemi. Na posiedzeniu towarzystwa antropologicznego paryskiego z dnia 5 marca 1874 *(Bulletin de la*

*) *Die geschichtliche Entwickelung des Farbensinnes, Leipzig 8vo 1877. Die Entwickelung des Farbensinnes Jena 1877. Sammlung physiologischer Abhandlungen herausgeg. von Preyer I Reihe 9 Heft.*

soc. d'Antrop. de Paris T. IX (II serie) Paris 1874 str. 202 do 205 tudzież str. 555) Hamy wspomina o czaszce, którą mu przesłał Leon de Cessae wykopaną z mogiły w Triel *(Depart. Seine et Oise)* a okazującą otwór 6 cm. długi a 35 mm. wysoki w lewéj kości czołowéj, od którego ciągnęła się jeszcze rysa zabliźniona.

Prunières, któremu nauka pod tym względem zawdzięcza najliczniejsze i najważniejsze odkrycia, na posiedzeniu towarzystwa antropologicznego paryskiego z dnia 16 marca 1876 (*Bullet.* etc. T. XI. II serie, 2 fascicule, Marsa Mai 1876, pag. 145 etc.) podał wiadomość o wykopaliskach z dolmenu (grobowiska) zwanego de l'Aumède (dep. Lozère) znalezionych w lipcu 1875, pomiędzy któremi przytacza kość goleniową prawą z utkwionym w niéj końcem strzały krzemiennéj; kręg grzbietowy (może 11ty) człowieka młodego, w którego treści wbity jest aż po trzon koniec kamiennéj strzały, która wtargnęła z lewego boku; złamanie bardzo ukośne kości goleniowéj prawéj, inne znowu kości promieniowéj prawéj zabliźnione, wreszcie nader ciekawe obu kości podudzia prawego ze zranieniem i wydaleniem kilku odszczepów.

b) Choroby skutkiem zboczeń odżywiania w czasie przedhistorycznym.

Broka na posiedzeniu towarzystwa antropologicznego paryskiego z dnia 2 lipca 1874 *(Bulletin de la soc. d'Anthr.* Tome IX (II serie) 1874, str. 553), pokazał czaszkę pochodzącą z jaskini de Baye (dep. Marne), która oprócz otworu sprawionego sztucznie za życia, dowodziła wydęciem kości ścieńczonych, że była niegdyś siedzibą wodogłowia.

Pomiędzy ciekawemi szczątkami, które wspomniany wyżéj Prunières odkrył w grobowisku Aumède (dep. Lozère), a o których podał wiadomość na posiedzeniu towarz. antrop. parysk. dn. 16 marca 1876. (*Bullet.* T. XI 1876 str. 155 i następn.) znajdują się następujące okazy kości chorobą zmienionych.

Kość szczękowa z wyżłobioną wklęsłością skutkiem ropnia w dołku zębowym kła lewego.

Czaszka z guzami kostnemi mającemi podobieństwo do obrzmień kiłowych. Z podobną zmianą chorobową kość goleniowa prawa. Kość goleniowa lewa zrosła ze skokową, a piszczelowa z goleniową.

Stężenie stawu nartowego skutkiem poprzedniego zapalenia przewłocznego i długiego ropienia połączonego z martwiną i próchnieniem kości.

c) Leczenie w czasach przedhistorycznych.

Nauka doczytała się na wykopanych szczątkach kostnych, pochodzących z zamierzchłéj epoki przedhistorycznéj, jużto pośrednich, jużto bezpośrednich znaków udzielanéj w owym okresie pomocy lekarskiéj. Na wspomnionêm wyżéj posiedzeniu towarzystwa antropologicznego paryskiego z dnia 16 marca 1876 Broka zastanawiając się nad okazami, które przesłał Prunières, zwrócił pod tym względem uwagę na dwa z nich, jako ciekawe z téj przyczyny, iż oprócz uszkodzeń ciężkich dowodzą także szczęśliwego wyleczenia tychże, i to śród warunków tak trudnych, iż one nie inaczéj tylko przy użyciu odpowiednich środków nastąpić mogło. Należy tu szczątek wzmiankowany wyżéj w ustępie *a)* na ostatku jako złamanie obu kości podudzia prawego ze zranieniem, ropieniem i wydaleniem kilku odszczepów. Owóż, powiada Broka (*Bulletin* Tom XI str. 155),“ powikłane te złamania podudzia są bardzo ciężkie: dają się trudno naprawić i goją się jedynie pod wpływem stósownego leczenia i odpowiedniego narządu utrzymującego odnogę nie tylko przez kilka tygodni, ale nawet miesięcy; a rzadko mimoto, by nie pociągały za sobą zniekształcenia. W tym razie zrośnienie nastąpiło prawie bez zniekształcenia i niema chirurga dzisiejszego, któryby w podobnym przypadku nie był zadowolony z tak pomyślnego skutku. Zdaje się więc bardzo podobnêm do prawdy, że na złamaną odnogę założył opatrzenie utrzymujące jakiś naprawca (*rebouteur*) przedhistoryczny. Pewna prócz tego, że zraniony musiał długo leżeć i być żywionym przez krewnych lub przyjaciół. Jest to skazówką rozwiniętych poniekąd uczuć ludzkości i wzajemnéj usłużności.“ Do podobnych wniosków naprowadza okaz przytoczony ostatni w ustępie poprzednim *b)*. Chodzi tu o stężenie stawu nartowego w skutek dawnego t. zw. guza białego (*tumor albus)* czyli przewłocznego zapalenia, o czém tenże sam badacz tak się wyraża: „Staw ropiał długo i obficie, koniec dolny goleni był siedzibą zgorzeli lub próchnienia, po którém widoczna jest blizna. Cierpienie to trwało koniecznie bardzo długo, chory nie mógł chodzić przez wiele miesięcy a dłużéj jeszcze nie był zdolny zarabiać na życie. Jakkolwiek bardzo ciężkie, obrzmienia ropne stawów wielkich mogą się wyleczyć bez pośrednictwa sztuki pod wpływem czasu i spoczynku. Być więc może, że chory nie otrzymał środków ściśle lekarskich, ale musiał przynajmniéj znaleść w swojém pokoleniu lub w rodzinie osoby życzliwe, które przez wiele miesięcy dzieliły się z nim plonem swéj pracy.“

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Choroby nagminne w Galicyi w ciągu listopada 1878.

(od 1go do 30go listopada.)

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem październ.	przybyło w ciągu listopada	razem	z tych wyzdrowiało	z tych umarło	z tych pozostało na grudz.
Ospa	4	5367	—	40	40	9	6	25
Odra	24	29439	90	1346	1436	608	105	723
Płonica	47	50577	213	1297	1510	804	291	415
Błonica	120	170171	207	2138	2345	1064	1029	252
Dur brzusz.	16	17302	105	227	332	240	23	69
Dur osutkow.	2	1319	21	12	33	31	—	2
Krztusiec	53	52930	1105	1654	2759	1577	143	1039
Czerwonka	13	11381	138	159	297	218	18	61

Ospa w powiecie bocheńskim, gorlickim i tarnobrzeskim. **Odra** przeważnie w kamioneckim i rohatyńskim. **Płonica** przeważnie w rohatyńskim (8 gmin), w przemyskim i jarosławskim (po 5 gmin). **Błonica** przeważnie w borszczowskim (12 gmin), kołomyjskim i stanisławowskim (po 11 gmin), w kossowskim, kałuskim, bohorodczańskim, dolińskim i zaleszczyckim (po 7 gmin), podhajeckim i horodeńskim (po 6 gmin), w tłumackim (w 5 gm.). **Dur brzuszny** w dwunastu powiatach a szesnastu gminach. **Dur osutkowy** tylko w powiecie złoczowskim. **Krztusiec** przeważnie w czortkowskim (6 gmin), w jarosławskim (5 gm.). **Czerwonka** w jedenastu powiatach o trzynastu gminach.

Dr. Merunowicz.

* **Lwów**, d. 8 stycznia. Na wczorajszém posiedzeniu krajowéj Rady sanitarnéj: 1) Uczyniono wniosek, aby Dr. Cassina, obecnie lekarz powiatowy w Przemyślu, pozostał nadal członkiem Rady i wyrażono życzenie, aby mógł przybywać na posiedzenia kosztem funduszu Rady. 2) Roztrząsano wnioski względem obsadzenia opróżnionéj posady lekarza powiatowego

w Jaśle. 3) W skutek zapytania dyrekcyi skarbu Rada uznała za potrzebne urządzenie aptek podręcznych i t. zw. skrzynek ratunkowych dla lekarzy salinarnych, aby ci mieli pod ręką wszystko, czego potrzeba w przypadkach nagłéj choroby, jeżeli są wzywani do robotników zajętych w warzelniach soli. 4) Roztrząsano projekt do rozporządzenia, odnosić się mającego do używania papierów kolorowych przy obwijaniu wiktuałów, opracowany na podstawie rozporządzeń Ministerstwa spraw wewn. i handlu, poprzednio już wydanego. 5) Oświadczono się przeciw otwarciu apteki w Radłowie.

* **Kraków.** Na posiedzeniu komisyi sanitarnéj miejskiéj w d. 9 bm. pod przewodnictwem Dra Warschauera odbytéj: 1) Referendarz magistratu doniósł, że w skutek domagania się komisyi, dyrekcyja policyi poleciła, aby odtąd 2 dorożki przez całą noc w mieście stały do dyspozycyi publiczności, zwłaszcza lekarzy, a mianowicie: aby jedna z nich miała stanowisko swoje w Rynku przed hotelem Drezdeńskim, druga zaś na Stradomiu przed domem pod l. 13, 2) sekretarz komisyi Dr. Buszek donosi, że według ukończonego właśnie obliczenia, śmiertelność w Krakowie wynosiła w r. 1878 37·8, w r. 1877 zaś 40·3 na 1000. 3) Tenże zdaje następnie sprawę z kilku przypadków duru brzusznego, które pojawiły się w domu pod l. 113 przy ul. Grodzkiéj, a z których jeden zakończył się śmiercią. Pierwsze doniesienie otrzymał urząd lekarski d. 22, drugie zaś d. 30 grudnia r. z., poczém lekarz okręgowy udał się na miejsce celem zbadania wody studziennéj; gdy nadto późniéj nadeszło doniesienie prof. Korczyńskiego o dalszych przypadkach, delegowaną została w d. 8 bm. komisyja, która poleciła uskutecznić desinfekcyję. Po dyskusyi, w któréj wszyscy prawie członkowie wzięli udział, komisyja na wniosek członków Blumenstoka i Lutostańskiego uchwala: *a*) prosić prof Stopczańskiego o zbadanie wody studziennéj, (co tenże przyrzeka uskutecznić w ciągu dnia jutrzejszego), a w razie, gdyby woda okazała się zanieczyszczoną, magistrat zamknie studnię natychmiast; *b*) uskutecznić w ciągu dnia jutrzejszego ścisłą desinfekcyję całego domu według wskazówek berlińskiego towarzystwa chemicznego w obecności lekarza i komisarza dzielniczego 4) Referendarz magistratu prosi o ułożenie instrukcyi dla oprawcy miejskiego. Komisyja deleguje do téj czynności członków Janikowskiego i Paculę. 5) Fizyk miasta Dr. Mohr zwraca uwagę na dżumę, która wybuchła w Rosyi południowéj i radzi zastanowić się nad środkami zaradczemi. Po przemówieniu członków Blumenstoka i Lutostańskiego sprawę tę, jako do zakresu państwowego należącą, odroczono. 6) Czł. Blumenstok interpeluje: *a*) Czy wiadomo urzędowi lek., że w Bochni panuje od kilku tygodni ospa, że takowa wzdłuż drogi żelaznéj już dostała się do Kłaja. Po ożywionéj dyskusyi uchwalono, aby drogą telegraficzną zasięgać wiadomości w Namiestnictwie, czy ospa nie ustała jeszcze w Bocheńskiém, a w razie otrzymania odpowiedzi przeczącéj przystąpić natychmiast do sprawdzenia liczby dzieci jeszcze nie szczepionych, przygotować krowiankę i zawiadomić publiczność o grożącém niebezpieczeństwie. *b*) Czy wiadomo magistratowi, że pomimo uchwały komisyi starozakonni tutejsi dotychczas eksportują zwłoki na drabinie, przykryte zaledwie suknem? Referendarz mag. odpowiada, że magistrat wydał zakaz a dopilnuje, aby nadużycie to ustało. *c*) Wreszcie zapytuje się, dlaczego w myśl regulaminu komisyja sanitarna nie została odnowioną z rozpoczęciem nowego roku. Uchwalono przypomnieć czynność tę sekcyi Vtéj.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 50 (od 8 — 14 grudnia włącznie) umarło w Krakowie osób 24; męż. 9 i kob. 15; w obwodach osób 18, w szpitalach 6; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 20,5; we Lwowie 32,6; w Warszawie 23,6; w Poznaniu 16,2; w Wiedniu 29,2; w Budapeszcie 35,2; w Pradze 40,2; w Tryjeście 30,2; w Berlinie 24,5; w Wrocławiu 29,8; w Monachijum 32,3; w Dreźnie 20,5; w Lipsku 22,6; w Brukseli 26,7; w Paryżu 23,7; w Londynie 21,8; w Chrystyjanii 24,8; w Petersburgu 41,8; w Odesie 30,2. W tymże czasie nie umarła w Krakowie ani jedna osoba z chorób zakaźnych.

W tygodniu 51 (od 15 — 21 grudnia włącznie) umarło w Krakowie osób 35; męż. 13 i kob. 22; w obwodach 20 osób a w szpitalach 15; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 32,1; we Lwowie 33,1; w Warszawie 28,0; w Wiedniu 27,8; w Budapeszcie 37,6; w Pradze 33,8; w Tryjeście 37,0; w Brukseli 21,6; w Paryżu 26,3; w Londynie 31,1; w Kopenhadze 24,6; w Chrystyjanii 16,0; w Petersburgu 41,1; w Odesie 34,2; w Bukareszcie 34,8; w Berlinie 25,9; w Wrocławiu 26,9; w Monachijum 33,7; w Dreźnie 26,2. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 4, z dławca 2, z duru brzusznego 1, z duru osutkowego 1.

W tygodniu 52 (od 22 — 28 grudnia włącznie) umarło w Krakowie osób 31; 16 męż. i 15 kob.; 20 osób w obwodach i 11 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 28,8; w Warszawie 23,0; w Poznaniu 34,4; w Wiedniu 27,3; w Budapeszcie 34,2; w Pradze 31,8; w Tryjeście 35,8; w Bazylei 28,3; w Brukseli 24,5; w Paryżu 24,6; w Londynie 27,7; w Chrystyjanii 16,0; w Petersburgu 45,7; w Odesie 45,4; w Bukareszcie 41,6; w Berlinie 25,9; w Wrocławiu 32,3; w Dreznie 24,2; w Lipsku 21,5. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 2: 1 z duru brzusznego, 1 z kiły wrodzonéj.

W r. 1878 umarło w Krakowie o 114 osób mniéj, aniżeli w r. 1877, czyli w r. 1878 umarło na 1000 mieszkańców 37,8, a w r. 1877 40,3.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** d. 9 Stycznia. N. Pan mianował prezesa Akademii Umiejętn. prof. Dra Józefa Majera prezesem tejże Akademii na dalsze trzechlecie.

* Dziekan Wydziału lek. Uniw. Jagiell. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy klinice chorób wewnętrznych do dnia 15 bm.

* Z d. 1 bm. i r. oddział dla chorób wewn. w tutejszym szpitalu św. Łazarza, dotychczas pod kierunkiem docenta Pareńskiego pozostający, rozpadł się na dwa oddziały, z których jeden nadal pozostawać będzie pod jego kierunkiem, drugi zaś powierzony został nowo mianowanemu prymaryjuszowi Drowi St. Paszkowskiemu Każdy z dwóch oddziałów, obejmujących zarówno mężczyzn jak kobiety, liczy około 70 łóżek.

* **Lwów.** Tow. lekarzy galicyjskich większością głosów przyjęło wniosek dawania rok rocznie, a w każdym razie tego roku balu na korzyść wdów i sierót pozostałych po lekarzach, a względnie dla powiększenia kapitału żelaznego. Bióro Towarzystwa wzięło także pod rozwagę liczne inne projekty do tego samego celu zmierzające, pomiędzy któremi projekt urządzenia odczytów popularnych najwięcéj podobno ma zwolenników. Myśli téj i mybyśmy przyklasnęli, szkoda tylko, że u nas przynajmniéj wykłady popularne nieco się już zużyły. Wszystko jednak należy od energii urządzających i doboru przedmiotu ze strony wykładających. W każdym razie z całego serca szlachetnemu przedsięwzięciu życzymy najlepszego powodzenia.

* **Nekrologija.** Temi dniami umarł w Rawie Dr. Józef Orkisz. Urodzony we Lwowie 1796 r. ukończył tamże nauki gimnazyjalne i filozoficzne, w r. 1816 uzyskał stopień magistra chirurgii, w r. 1820 przeniósł się do Warszawy, gdzie w roku następnym otrzmał posadę prosektora, a w r. 1823 stopień magistra medycyny i chirurgii; kształcił się następnie w Niemczech, a w r. 1826 wstąpił do wojska polskiego, w którém w 2 lata późniéj zamianowany został lekarzem sztabowym 6go pułku piechoty. W r. 1833 opuścił służbę i osiadł w Rawie. W r. 1842 otrzymał stopień Dra medycyny. Jako członek Tow. lek. warsz. ogłaszał kilka prac w Pamiętniku, nadto ogłosił drukiem: „Poradnik lekarski“ (1833—35 w 2 tomach), „o dławcu“ (Warszawa 1842), „o wodach mineralnych w Salzbrunie i Szczawnicy“ i „o kuracyi za pomocą żętycy“ (1862). *(Kur. Warsz).*

W grudniu r. z. umarł Jerzy Henryk Lewes, znakomity autor dzieła: *„Physiologie of common life.“* Urodzony 28 kwietnia 1817 r. w Londynie, zrazu oddawał się kupiectwu, późniéj fizyjologii i filozofii, napisał biografiję Robespierra i Goethego, historyję filozofii, o Arystotelesie, liczne romanse i dramata itd.— Znakomity dermatolog francuski Bazin, lekarz w szpitalu św. Ludwika, umarł w Paryżu d. 14 grudnia r. z. licząc lat 71. Urodził się d, 20 lutego 1807 w Saint-Brice, gdzie ojciec jego

był a brat dotąd jeszcze jest lekarzem. Liczne jego prace i znaczenie ich dla dermatologii są powszechnie znane.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Wład. Gajkiewicza: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.); w *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 1 Lutostańskiego: Badanie wody do picia w celach higijenicznych (c. d.); Janikowskiego: Zapalenie płuc urazowe czy z innéj przyczyny powstałe?

Redakcyja otrzymała: Dra A. JURASZA (docenta w Heidelbergu): Beiträge zur Diagnostik der phonischen Kehlkopflähmungen. (Osobne odbicie z Nr. 52 *Deutsch. med. Woch.* z r. 1878) in 8vo str. 6.

Wład. LEPPERTA: Prof. Marceli Nencki. Życiorys (z ryciną). Wędrowca Nr. 102, 103 i 104 z r. 1878.

Piśmiennictwo lekarskie. COINGT. Contribution à l'étude des symptômes oculaires dans les maladies du système nerveux central. 8 Paris. Delahaye. Fr. 4.

CORNIL V. et L. RANVIER. Manuel d'histologie pathologique 2 partie: Lésions des tissus et des systèmes. Av. 80 fig. 18 Paris. Germer Baillière. Fr. 4½.

CORNING jr. J. L. Zwei Arbeiten aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Würzburg. Mit 2 lith. Taf. gr. 8 Wiesbaden. Bergmann. M. 1. 20.

DEMME R. 15 medicinischer Bericht üb. die Thätigkeit d. Jenner'schen Kinderspitales in Bern in Laufe d. J. 1877. 8 Bern. Dalp. M. 80.

DULAC. P. Étude sur la syphilis contractée à un âge avancé. In-8 Paris, Delahaye. Fr. 2½.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we **Środę** d. 15 stycznia br. o godz. 5téj popołudniu posiedzenie zwykłe, na którém 1) kol. Browicz okaże i opisze potwór bliźniaczy, o którym była wiadomość podana w Nr. 46 Przegl. Lek. w r. z. 2) Kol. prof. Rydel poda wypadek swoich doświadczeń nad leczeniem myopii pozornéj.

☞ Do Numeru niniejszego dołącza się Prospekt na „Zdrowie" i „Pamiętnik Tow. Lek. warszawskiego."

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

W odpowiedzi na zapytania Administracyja Przeglądu Lekarskiego donosi, iż równie jak Administracyje pism lekarskich wiedeńskich chętnie podejmuje się dla prenumeratorów zakupna książek i narzędzi lekarskich oraz wysełki takowych, a starać się będzie jak najrychléj wszelkim życzeniom zadość czynić.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rekopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 18 stycznia 1879. **№ 3.** Rok XVIII.

I. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurg. we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2.)

a) **Uwagi dotyczące cięcia krtani tarczykowego** *(Thyreotomia, Laryngofissio, Laryngotomia)* **i opis odnośnych czterech przypadków.**

Jakież mogą być inne jeszcze przyczyny śmierci po cięciu krtani tarczykowém? Krwawienie do wnętrza podczas rękoczynu wśród saméj krtani nie zasługuje na uwzględnienie, albowiem można oskrzela ochraniać już przez należytą przezorność i ostrożność podczas samego rękoczynu, a zresztą krwawienie bywa bardzo mierném. Sama rana w krtani pozostająca po wycięciu nowotworów czy to pomazana chlorkiem żelaza, czy téż bez tego dodatku, nie zasługuje na uwagę i mało się różni od rany, jaka pozostaje po rękoczynach wziernikowych; pozostaje więc tylko rana na szyi, z którą liczyć się należy. Dla wielkiego podobieństwa tyreotomii z tracheotomiją sądzę, że dobrze i nie od rzeczy będzie najprzód przypatrzyć się temu ostatniemu rękoczynowi jako nierównie lepiéj znanemu i porównać ze sobą oba rękoczyny, azali nie da się pod względem niebezpieczeństwa znaleść jaka analogija między niemi; a należy nam to tém bardziéj uczynić, o ile w najnowszych czasach radzą autorowie połączyć w każdym przypadku tyreotomiję z tracheotomiją. W téj mierze raczą mi szanowni Czytelnicy pozwolić, abym się oparł przeważnie na własném doświadczeniu, albowiem trudno jest należycie ocenić obce wypadki zapisane w literaturze, gdyż do należytego ocenienia doniosłości rękoczynu należy więcéj aniżeli zapisanie przyczyny śmierci i cyfry śmiertelności; szczegóły towarzyszące, jakoto sposób traktowania rany, stosunki zewnętrzne, indywidualność chorego itd. odgrywają bardzo ważną rolę i wyrabiają rozmaite zapatrywania u każdego operatora z osobna. Co do mnie opieram swe doświadczenia o cięciu tchawicy na obserwacyi około 70 przypadków. Otóż moje zapatrywanie jest takie: uznaję niekorzystny wpływ na zdrowie chorego wynikający po cięciu tchawicy z téj okoliczności, że przewody oddechowe sztucznie stoją otworem przez czas dłuższy, a przez to samo płuca muszą cierpieć pod wpływem bezpośrednio wnikającego powietrza i odrobin w powietrzu zawieszonych, a mechanicznie drażniących błonę śluzową przewodów oddechowych; następnie może powstać niebezpieczeństwo dla życia chorego z ropni międzymięsnych i opadowych na szyi, do powstania których operowanie na tępo w znacznéj części się przyczynia; atoli takie powikłanie należy do nader rzadkich przypadków, a ja go nigdy nie doświadczyłem. Również możliwém jest przy cięciu tchawicy krwawienie podczas samego rękoczynu, które jeżeli się wydarza po rozcięciu tchawicy, może się stać groźnem, skutkiem zaduszenia, lub pośrednio przez szkodliwe oddziaływanie na oskrzela i płuca; atoli obecnie sposób operowania jest tak pewny, że wątpię, ażeby takie powikłanie mogło się wydarzyć doświadczonemu chirurgowi. Z następowém krwawieniem w skutek nadżarcia naczyń krwionośnych, nie mamy tu potrzeby liczyć się, gdyż tracheotomija przy tyreotomii bywa co najwięcéj tylko aktem wstępnym na krótki czas wykonywanym. Tracheotomija jako taka bywa także niebezpieczną w dławcu, o ile się czasem zdarza, czego i ja już doświadczyłem, że skutkiem zepchnięcia błon dławcowych rurką na dół może nastąpić zaduszenie chorego. Daléj bywa ona niebezpieczną jako rękoczyn w błonicy, skutkiem możliwego błonicowego zakażenia rany i niekorzystnego oddziaływania takowéj na ogólny stan chorego, jakotéż skutkiem skłonności takiéj rany do rozpadu, a tém samém do krwawienia następowego i rozległego ropienia, ropni opadowych itd.; a w końcu według mego własnego doświadczenia bywa ona rękoczynem niebezpiecznym w gruźlicy (która to rzecz będzie niezadługo odrębnym przedmiotem mojéj pracy kazuistycznéj, jako odpowiedź na cenny w téj mierze artykuł szanownego kolegi Serkowskiego umieszczony w jednym z ubiegłych roczników Przeglądu Lekarskiego). Zresztą wszelkie złe wyniki cięcia tchawicy bywają następstwem choroby saméj, dla któréj wykonywa się ręko-

czyn, lub są przypadkowemi powikłaniami przyrannemi. Przenosząc więc przytoczone doświadczenia na cięcie krtani tarczykowe należy zaznaczyć, że prawie wszystkie te ewentualności są możliwe w tych przypadkach, w których z tyreotomiją łączymy cięcia tchawicy; natomiast żadna z nich nie da się odnieść do tyreotomii jako takiéj, wykonanéj bez cięcia tchawicy, a mianowicie: szkodliwy wpływ sztucznego otworu ustaje, albowiem po ukończonym rękoczynie zamyka się otwór zrobiony krtani; niebezpieczeństwo ropni międzymięsnych i opadowych, już w saméj tracheotomii zbyt rzadkie zdarzenie znika także, albowiem skutkiem powierzchownego położenia spójni chrząstek tarczykowych, unika się wszelkich sztucznych zatok, a skutkiem braku uwagi godnych naczyń krwionośnych w polu operacyjném unika się owéj części rękoczynu na tępo, która w tracheotomii wytwarza skłonność do ropienia i zgorzeliny. O krwawieniu także nie ma mowy, albowiem doświadczony operator nie otworzy krtani, dopóki się nie upewni, że w zewnętrznéj ranie nie ma już żadnego krwawienia, a krwawienie podczas rękoczynu wśród saméj krtani bywa bardzo mierne i daje się łatwo w miejscu powstrzymać. Dławiec i błonica nie wchodzą w rachubę, jako choroby, które nie dają nigdy wskazania do tyreotomii, ja zaś na podstawie własnego doświadczenia radbym widzieć i gruźlicę jako przeciwwskazanie przeciw tyreotomii, tak jak i tracheotomiję należy uważać tylko jako *ultimum remedium palliativum*, a raczéj jako *malum necessarium* u osób dotkniętych gruźlicą. Ażeby mnie nie zrozumiano mylnie, muszę dodać, że mówiąc tu o gruźlicy nie mam na myśli, jakoby gruzlica jako taka miała być kiedykolwiek wskazaniem do tyreotomii, lecz powiadam że i u osób gruźlicą dotkniętych mogą się wydarzyć choroby w krtani, które u innych osób mogłyby być wskazaniem do wykonania tyreotomii. Pozostają tylko powikłania przyranne, które rzeczywiście mogą się przyłączyć do rany po tyreotomii i mogą dochodzić do rozmiarów niedających się z góry określić, a mianowicie w szpitalach. A zatém z wyjątkiem tych ostatnich mimo wielkiéj pozornéj analogii między tyreo- a tracheotomiją nie znajdujemy jéj pod względem doniosłości obu rękoczynów jako takich. Tyreotomija jest według mego zapatrywania rękoczynem jakkolwiek w całości o wiele trudniejszym, atoli znacznie mniéj niebezpiecznym dla życia chorego aniżeli tracheotomija, a nawet wręcz oświadczam wbrew twierdzeniu laryngoskopistów (Jelenffy l. c. str. 1125), że takowa nie jest zgoła niebezpiecznym rękoczynem. jeżeli się ją prawidłowo uskutecznia, a gojenie rany racyjonalnie przeprowadza. Rozumie się, że tak orzekając, wykluczam możliwość przypadkowych powikłań przyrannych, gdyż inaczéj nie mógłbym najmniejszéj powierzchownéj ranki na palcu obronić od zarzutu, że jest niebezpieczną. Przyznając zaś większe niebezpieczeństwo tracheotomii, unikam jéj z tego powodu o ile możności przy tyreotomii, raz chcąc zwalczyć przeciwników opierających swe zarzuty na statystyce rezultatów, a powtóre celem uniknienia nielogiczności, która polega na tém, że akt wstępny byłby rękoczynem o wiele niebezpieczniejszym, aniżeli rękoczyn właściwy.

Drugi zarzut, czyniony tyreotomii przez laryngoskopistów celem wyrugowania jéj z chirurgii, odnosi się do głosu. Według nich tyreotomija niszczy głos prawie zawsze. Atoli ten zarzut nie jest słuszny, bo nie opiera się na doświadczeniu. Jelenffy jako autor rozprawy o mięśniu pierścienio-tarczykowym, w któréj mówi o wpływie łuku, utworzonego przez chrząstki tarczykowe w swéj spójni, na wytworzenie głosu *(Der musculus crico-thyreoideus, Pflügers Archiv für Physiologie VII. Bd.)* nie może się pogodzić z myślą, jakoby chory mógł odzyskać głos prawidłowy po tyreotomii, albowiem ów łuk ma się zamieniać przez bliznę na kąt ostry itd. Atoli ani łuk ten nie ma tak znacznego wpływu na wytworzenie głosu, ani też nie jest uzasadnione twierdzenie, jakoby tenże miał się zmieniać na kąt ostry, bo ani zewnętrzna postać krtani tego zgoła nie zdradza, ani obraz wziernikowy. Blizna jeżeli się wytwarza, nie przekracza brzegów saméj spójni chrząstek tarczykowych, rozumie się, jeżeli się niczego więcéj nie uszkodziło; przeistoczenie zaś chrząstkowéj spójni na bliznową nie może zniszczyć głosu; wszakże często widzimy w późniejszym wieku zupełne skostnienie tak zwanego jabłka Adama wraz z spójnią chrząstek tarczykowych bez upośledzenia głosu. Z drugiéj zaś strony nie da się zaprzeczyć, że przez tyreotomiję znacznie więcéj naraża się głos chorego na szwank, aniżeli przez jakikolwiek rękoczyn dokonany w drodze wziernikowéj, albowiem raz nie trudno jest uszkodzić same więzadła, a powtóre w przebiegu gojenia może się łatwo wytworzyć zboczenie w wzajemném ułożeniu strun głosowych. Od pierwszéj ewentualności jednak chroni ostrożność i akuratność w wykonaniu rękoczynu, a od drugiéj zalecane przezemnie szwy *(sutura parachondrica)*; zresztą ta ostatnia ewentualność nie koniecznie pociąga za sobą zboczenia głosu, jak tego dowodzi mój przypadek trzeci i przypadek badany przez Jelenffyego, o którym jeszcze wspomnę. Lecz i doświadczenie sprzeciwia się stanowczo zarzutom laryngoskopistów. Bezgłos, jako wynik tyreotomii, jest zapisany tylko w kilku dawniejszych przypadkach, w których wykonano cięcie zbyt rozległe; w nowszych czasach, gdy i sposób operowania jest niewątpliwie udoskonalonym i uwaga operatorów na tę okoliczność bacznie skierowaną, nie wydarza się taka szkoda. Navratil (l. c.) kładzie nacisk na to, że we wszystkich przez niego operowanych przypadkach, a miał ich 12, po rękoczynie powrócił głos prawidłowy, a w dwóch nawet głos do śpiewu, i na téj podstawie zarzut przeciwników nazywa nieuzasadnionym. W przypadku Czernego (l. c.) chory odzyskał głos prawie zupełnie, jakkolwiek pozostała mu pewna szorstkość, tak że głos nie odpowiadał wiekowi chorego; był to 7-letni chłopiec, a głos jego po rękoczynie miał cechy głosu mężczyzny dorosłego. W moich przypadkach wynik co do głosu był następujący: W pierwszym zupełny bezgłos przed tyreotomiją, po wyzdrowieniu chora mówiła głośno, zrozumiale i z łatwością, jednak trochę chrypliwie; w drugim wynik był mniéj szczęśliwy, przed rękoczynem chora mówiła tylko z wielkiém natężeniem, a głos był bardzo tępy, co kilka słów musiała chora przerywać wątek mowy celem odzyskania oddechu, po wyzdrowieniu był głos jeszcze tępy, jakkolwiek znacznie mniéj niż pierwéj, a chora mówiła płynnie bez natężenia. W trzecim przypadku chora mówiła tak cicho przed rękoczynem, że tylko z bliska można było ją zrozumieć, a chcąc mówić głośniéj wydobywała bardzo piskliwe, wysokie tony, po rękoczynie odzyskała ona głos prawie całkiem prawidłowy, czysty, głośny, jakkolwiek w potocznéj mowie musiała dość często odchrząkiwać. W czwartym przypadku przed operacyją zupełny bezgłos, potrzeba było ku choremu nachylać się, ażeby zrozumieć jego mowę; obecnie jakkolwiek głos jego pozostawia jeszcze bardzo wiele do życzenia, jest on jednak silniejszy i na odległość zrozumiały. Zresztą tuszę sobie, że w dalszym biegu gojenia polepszenie stopniować się będzie, jak we wszystkich poprze-

dnich przypadkach; ten przypadek bowiem jest jeszcze zbyt świeży. Zresztą sam Jelenffy, jeden z skrajnych przeciwników tyreotomii, przytacza przypadek polecony mu przez Dra Krishabera z odzyskanym głosem prawidłowym po tyreotomii. Ponieważ ten przypadek najlepiéj przekonywa, jak niesprawiedliwém jest zdanie laryngoskopistów, przytoczę go dokładniéj. Otóż Jelenffy skonstatował u tego chorego, że głos jego jest zupełnie prawidłowy, atoli nazywa go tylko podobnym do prawidłowego, ponieważ w śpiewie w wyższych tonach nie zupełnie mu dopisuje i namienia, że tyreotomija nie powinna w téj kwestyi spornéj powoływać się na opisany przypadek, albowiem prawidłowy głos nie był w tym przypadku jéj zasługą. Tłumaczenia zaś tego orzeczenia niezrozumiałego Jelenffy nie podaje, dlatego sądzę, że nie potrzebujemy się z nim w téj mierze liczyć, ani też wielką kłaść wagę na jego oświadczenie, „że on z niedowierzaniem przyjmuje wiadomość o innych przypadkach, w których po rękoczynie miał pozostać głos prawidłowy“. Co do rozróżniania głosu na głos w mowie i głos w śpiewie, jakkolwiek ono jest uzasadnione, należy tu zaznaczyć, że takowe najczęściéj a może nawet zawsze jest zbyteczne, a to z powodu, że w przypadkach, w których się waży wybór rękoczynu między tyreotomiją a rękoczynem w drodze wziernikowéj, choremu nie zależy na odzyskaniu zdolności do śpiewu, lecz zależy mu przedewszystkiém na usunięciu niebezpieczeństwa zaduszenia, poczém zupełnie się zadowala głosem wystarczającym do mowy potocznéj. Tylko śpiewakom mogłoby zależeć na odzyskaniu zdolności do śpiewu; tacy jednak zasięgają rady lekarskiéj bardzo wcześnie, albowiem już same początki chorób krtaniowych odbijają się w głosie w sposób wybitny, a według dzisiejszego stanu nauki i sztuki lekarskiéj nie może być mowy o tyreotomii. Spór więc w téj mierze traci w praktyce na wartości.

W końcu nie należy pominąć milczeniem sposobu dowodzenia przeciwników. Tak np. Jelenffy (l. c.) przyznaje wprawdzie, że i po rękoczynach wziernikowych pozostaje często chrypka, dodaje atoli, że tacy chorzy odzyskują życie; krytykując zaś małe wady głosowe po tyreotomii nie uwzględnia tego samego „atoli“. Stanowczo zaś wątpić można, ażali w tych przypadkach, w których po tyreotomii wykonanéj według dzisiejszych wskazówek pozostaje chrypka, przez rękoczyn w drodze wziernikowéj wykonany można lepszy osiągnąć wynik co do głosu. Dziś bowiem guzki pojedyńcze można wykreślić z pośród wskazówek do tyreotomii, a natomiast w poczet ich przyjąć guzy rozsiane, liczne, nie kwalifikujące się do doszczętnego usunięcia w drodze wziernikowéj, które właśnie według doświadczenia i po rękoczynach wziernikowych często pozostawiają chrypkę.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

II. O zachowaniu się chorych syfilitycznych podczas leczenia wcieraniami rtęciowemi.

Podał Dr. **Ż. Krówczyński** we Lwowie.

(Rzecz czytana w Tow. Lek. Galic.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2.)

Zanim jednak do właściwego rozbioru przejdziemy, jak powinni się chorzy zachowywać, należy przypomnieć, z czém mamy do czynienia. Oto z organizmem zakażonym jadem kiłowym; a czyż pod wpływem przyrzutu kiłowego nie zmienia się tak dalece organizm, że to, co do prawidłowego jego rozwoju jest nieodzownęm, w danym razie jest szkodliwém? Wymaga odpowiedzi, co przez kiłę rozumiemy i jakie zmiany ona w organizmie wywołuje. Jak wiadomo przez bezpośrednie zetknięcie się części jakiegokolwiek narządu z wydzieliną z objawów kiłowych pochodzącą dostaje się jad do organizmu dotąd niezakażonego, w którym po kilku tygodniach wywołuje objawy, które badającego pouczają o jakości choroby; po zajęciu gruczołów limfatycznych najbliższych miejsca wejścia jadu powiększają się gruczoły limfatyczne odleglejsze, a zarazem wytwarza się jakaś zmiana krwi, któréj bliżéj określać nie będziemy. Objawami téj zmiany krwi jest pewien rodzaj niedokrewności, którą Virchow oligemiją nazywa a z nią razem lub wkrótce po niéj występują objawy przedewszystkiém na skórze a późniéj lub równocześnie objawy na błonach śluzowych, które obejmujemy ogólną nazwą objawów wczesnéj kiły. Rozwój choroby jest w całém znaczeniu przewlekły a niekiedy objawy tak są słabe, że uwagi mniéj pieczołowitych chorych wcale na się nie zwracają. W tym okresie często bez wszelkiego leczenia kończy się choroba, niekiedy zaś rozwija się ona daléj na to, aby po kilku lub kilkunastu a niekiedy i kilkudziesięciu latach wywołać takie objawy, które nietylko wyraźnie przedstawiają chorobę lekarzowi, ale najnietroskliwszego chorego zmuszają do wezwania pomocy lekarskiéj. Wówczas też znajdujemy chorych wynędzniałych z wyraźnemi objawami chéry *(cachexia)* i znamionami rozwiniętéj choroby. Takim mniéj więcéj bywa obraz nieleczonéj kiły, jaki u nas między ludem i starozakonnymi niestety bardzo często napotykamy i których ilość, o ile mnie własne spostrzeżenia pouczają, jest bardzo wielka w porównaniu nawet z ilością przypadków, jakie miałem sposobność spostrzegać w zachodniéj części naszego kraju tj. w Krakowie. Wszyscy patologowie godzą się na to, że kiłowe twory cechuje pewien brak rozwoju, który jest też przyczyną nietrwałości tych tworów; one więc łatwiéj się rozpadają i ulegając wstecznemu przeobrażeniu łatwiéj wessanemi bywają, aniżeli inne twory chorobowe dlatego właśnie, że są pozbawione koniecznych warunków do życia. To co można powiedzieć o komórce pod wpływem jadu kiłowego powstałéj, to samo odnosi się do organizmu pod jego wpływem stworzonego. Matka kiłowa rodzi, a właściwie roni dzieci zupełnie nierozwinięte i nieżywe; późniéj dzieci donoszone nieżywe, a w miarę im dłuższy czas od chwili zarażenia przeminął, dzieci z objawami kiły, źle wykształcone i źle odżywione, lub nareszcie dzieci bez wyraźnych zmian choroby miernie wykształcone, które po dłuższym czasie ulegają kile, lub nakoniec dzieci zupełnie zdrowe, albo przynajmniéj zupełnie i na zawsze wolne od objawów kiły. Te rozmaite okresy w rozwoju dziecka urodzonego z ojca dotkniętego kiłą lub rodziców kiłowych najlepiéj uwidoczniają przewlekłość choroby i wskazują, że tak samo jak w rozwoju komórek u ludzi kiłą dotkniętych spotykamy pewien brak warunków koniecznych do życia, tak w płodzie rodziców kiłowych występują jaskrawo pewne braki, które utrudniają życie, względnie zdrowie płodu; jedném słowem jak komórki organizmu kiłowego cechuje nietrwałość, tak samo nietrwałém jest potomstwo kiłowych w okresie istniejącéj choroby a właściwie w okresie, w którym choroba jako kiła na potomstwo przechodzić zwykła. Przebieg kiły nieleczonéj, który w krótkich słowach powyżéj określiłem, dowodzi, że kiła jest chorobą bardzo przewlekłą, trwającą niekiedy kilkanaście a nawet kilkadziesiąt lat; w innych zaś

razach przebieg jéj jest szybkim a wyleczenie możliwém nawet bez pomocy lekarskiéj. Naturalny i niezamącony leczeniem przebieg kiły wskazuje zarazem, jak doniosłém jest zakażenie chorobowe, którego objawy, jakto każdemu wiadomo, bywają niekiedy bardzo groźne i nieoszczędzając żadnego narządu czasami wywołują zmiany, nieraz niedające się żadném leczeniem usuwać. Drugą ważną cechą zakażenia kiłowego jest pewien brak rozwoju tworów chorobowych, na który Virchow kładzie silny nacisk, a którego to braku przyczyną jest niewątpliwie zmiana krwi towarzysząca kile. Ta zmiana musi oddziaływać na twory fizyjologiczne, a dowodem tego wreszcie jest powyżéj przytoczony wpływ rodziców zakażonych na potomstwo. Jak niekiedy bez leczenia mija kiła bezpowrotnie, tak niekiedy potomstwo kiłowych, chociaż rodzice nigdy nie byli leczeni, bywa zdrowe lub przynajmniéj wolne od objawów kiły, a jedno i drugie zjawisko spostrzegamy zazwyczaj po dłuższym okresie czasu. Dlaczego się to dzieje i kto tu jest lekarzem? Oto niewątpliwie *vis medicatrix naturae* starych autorów, czyli mówiąc językiem dla nas zrozumiałym, fizyjologiczne czynności organizmu. Znanym powszechnie faktem jest, że wszystkie funkcyje prawidłowego organizmu dążą do odnowy jego i w miarę im ta jest szybszą i odbywa się w warunkach korzystnych, tém doskonalszym będzie rozwój jego. Jeśli więc czas wyleczył chorego z kiły, to stało się to tylko w ten sposób, że organizm odnawiając się niszczył i wydalał przyrzut kiłowy wraz z tkaninami zużytemi organizmu, a znajdując się w bardzo dobrych warunkach zniszczył go zupełnie, zostawiając na miejscu jego już nie komórki pozbawione trwałości, ale obdarzone pożądaną żywotnością. Też same prawa muszą rządzić organizmem gdy kiłę leczymy, jakotéż i w takim razie, jeśli przebieg choroby nie jest korzystnym, czyli, gdy choroba przebiega wszelkie okresy bez względu na to, czy dotknięty kiłą był leczony, lub nie troszczył się o chorobę. Innemi słowy możemy to samo wypowiedzieć w następujący sposób: od odnowy organizmu zależy przebieg zakażenia i zakończenie korzystne choroby tak leczonéj jak nieleczonéj, a w miarę im odnowa odbywać się będzie w korzystniejszych warunkach, tém łatwiéj i prędzéj choroba ustąpi. To prawo zresztą nie tyczy się kiły, ale każdéj choroby tak ostréj jak chronicznéj; że tak się rzeczywiście rzeczy mają, na to mamy bardzo liczne dowody. Przypominam wpływ chorób ostrych i szybko przebiegających, które często niszczą tylko objawy a niekiedy bezpowrotnie chorobę; tu wspomnę o znanym fakcie, że u kobiet kiła w ogólności jest słabszą, i że czyszczenia miesięczne bardzo łagodzą przebieg kiły. Ostre choroby wpływają przez przyśpieszenie odnowy, które jest ich rezultatem; również przyśpieszona odnowa osłabia kiłę u kobiet, których organizm, jak wiadomo, dla téj właśnie przyczyny jest bardziéj zbliżony do organizmu dziecięcego, a wreszcie czyszczenia miesięczne o tyle wpływa ą korzystnie, o ile zmuszają organizm do zastąpienia utraconych części nowemi pierwiastkami.

Fakt niejednokrotnie stwierdzony, że czasem po chorobach ostrych objawy kiły jeszcze groźniéj występują, bynajmniéj nie obala twierdzenia, że od odnowy organizmu zależy przebieg i zakończenie zakażenia, a dwojaki wpływ ostrych chorób nie trudno zdaje mi się wytłumaczyć. Gdy u kiłowego dotkniętego ostrą chorobą objawy kiły ustępują, to dowodzi nam, że przyśpieszona odnowa niszczy objawy; gdy po przebytéj ostréj chorobie zmiany kiłowe wcale nie ukażą się, mamy prawo twierdzić, sprawdzając fakt, że przyśpieszona odnowa zniszczyła zarazem przyczynę objawów, czyli innemi słowy, przyrzut kiłowy. Ależ przyśpieszona odnowa nie musi zniszczyć przyrzutu, lecz chwilowo może usunąć objawy kiły, któréj przyrzut w organizmie schorzałym tém groźniejsze wywołuje w następstwie objawy, im wolniéj ów organizm się odnawia. Tym sposobem dotarliśmy do prawa fizyjologicznego, które nietylko rządzi w stanie zdrowia, ale od którego zależą tak objawy fizyjologiczne, jak i patologiczne każdego organizmu, a to prawo jest dla nas tém ważniejsze, o ile stanowi wskazówkę leczniczą i ono jest a właściwie być powinno podstawą wszystkich metod leczenia. Po przypomnieniu tego prawa, wykazaniu istoty choroby kiłowéj i stwierdzeniu wskazówki leczniczéj, łatwo odpowiemy na zapytanie, jak chory kiłą dotknięty zachować się powinien i jakie warunki są dla jego organizmu korzystne. Zadowalając się ogólnikiem powiemy, że obowiązkiem jest przyśpieszać wszelkiemi środkami odnowę organizmu chorego bacząc, aby to przyśpieszenie nie zniszczyło organizmu i aby odbywało się w warunkach higijenicznych a mianowicie takich, któreby znów wynagradzały ubytek, jaki przyśpieszona odnowa za sobą pociągnie. A czyż ośmnasto-godzinne leżenie w łóżku, oddychanie powietrzem choćby w w najlepiéj przewietrzanym ale zamkniętym pokoju, mała ilość pokarmów, brak ruchu, są warunkami korzystnemi dla odnowy organizmu? Ponieważ obszerniéj tę kwestyję będę jeszcze raz rozbierał, to nateraz ograniczyć się mogę do przeczącéj odpowiedzi, zastrzegając najwyraźniéj, że ona tyczy się tylko kiłą dotkniętych a nie leczonych wcieraniami podczas rozwoju i biegu kiły. Mógłby mi ktoś zarzucić, że rozumowania, jakkolwiek logiczne, nie koniecznie idą w parze z doświadczeniem, które przeciwnie często wykazuje mylność dedukcyi. Dla odparcia tego zarzutu przypominam fakta nieleczonéj kiły i kończącéj się wyzdrowieniem, które wykazują, że ani ruch, ani oddychanie świeżém powietrzem, ani dostateczna ilość pokarmów niekorzystnie nie wpływały na przebieg choroby, ale przeciwnie wśród tych warunków i niezawodnie dzięki im chorzy pozbyli się przykrego zakażenia.

Co w zastósowaniu do syfilitycznych okazało się prawdziwém, nie musi być słuszném w zastósowaniu do syfilitycznych w czasie leczenia rtęcią. Tutaj spotykamy się z nowym czynnikiem tj. rtęcią i musimy przypomnieć sobie, jaki ona wywiera wpływ po pierwsze na zdrowych, a powtóre na zakażonych przyrzutem kiłowym. Zamiast przywodzić na pamięć teoryje różnych farmakologów i tym sposobem ułatwić sobie dowód, nie chcę naciągać rozumowań i przytoczę tylko to, na co każdy farmakolog i każdy lekarz zgodzić się musi. W miarę używania rtęci krew staje się uboższą w pierwiastki twórcze, wydzieliny organizmu stają się obfitszemi, z powodu zwiększonéj płynności krwi czynności naczyń wsysających powiększają się, związek zachodzący między pierwiastkami stałemi tkanek osłabia się po części w skutek utraty pewnéj części ich składników, po części w skutek przeszkód w odżywianiu. W tych właśnie objawach, czytamy w każdéj farmakologii, należy szukać wskazówek dla należytego zrozumienia działania terapeutycznego i trującego rtęci. Niechaj sobie farmakologowie łamią głowę nad wykazaniem, czy na zwiększenie wydzielin wpływa tylko płynność większa krwi, lub też rtęć działa swoiście na gruczoły i drażniąc je pobudza i powiększa ich czynność; dla nas wystarczy stwierdzenie samego faktu. (D. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Stein (w Frankfurcie): **Sfigmofon, nowy przyrząd elektro-telefoniczny do rozpoznania ruchów serca i tętna.**

Dyjagnostyka lekarska potrafiła już dotąd wyzyskać wynalazki zrobione w ostatnich czasach w dziedzinie fizyki, które napełniły świat podziwem z powodu swéj nadzwyczajności graniczącéj niemal z cudownością. Wspomnieć tylko należy o mikrofonie, którego zalety posłużyły Thompsonowi do celów dyjagnostycznych na polu chirurgii, szczególniéj, aby liczne audytoryjum przekonać np. w danym razie o obecności kamienia w pęcherzu. Podobnież Maas starał się przez swe zabiegi na tém polu zapewnić mikrofonowi rozpowszechnienie i jak najczęstsze użycie, łącząc go ze zgłębnikami wszelkiego rodzaju.

Paryscy fabrykanci narzędzi lekarskich Chardin i Prayer wyrabiają już obecnie maleńkie mikrofony, które można pomieścić w okrągłéj rękojeści, dającéj się przyszrubować do rozmaitych zgłębników, jakoto pęcherzowych, macicznych, połykowych, sond do ran itd., i przyczyniają się do wykrywania wszelkich nieprawidłowości spotkanych na drodze. Rękojeść taka ma zaledwie 8 cm. długości a 1 $^1/_2$ w średnicy, spoczywa więc wygodnie w ręce i nadaje się bardzo do użycia.

Nie dawno temu jak Du Moncel przedłożył akademii umiejętności w Paryżu nowy instrument Edisona, t. zw. mikrofoniczny tassimeter, służący do mierzenia nadzwyczaj małych różnic ciśnienia powietrza lub ciepłoty co może również kiedyś da się spożytkować dla celów lekarskich.

Dr. Ladendorf połączył stetoskop z mikrofonem i myśl ta zyskała uznanie, chociaż połączenie to jak na teraz nie jest praktycznem, bo taka słuchawka jest niewygodną do użycia i nie wyklucza szmerów dodatkowych mącących czystość doświadczeń i badań.

Celem uwydatnienia tonów sercowych i uderzeń tętna, proponuje St. porzucenie mikrofonu, a użycie tylko samego telefonu, który oddaje tony te głośno i czysto. Aby jednak uderzenia serca lub tętna przeprowadzić do telefonu, konieczną jest rzeczą jeszcze dodać przyrząd, który w miarę uderzenia serca lub tętna zamyka prąd elektryczny a potém go przerywa. W tym celu autor przypasuje do ręki w miejscu, gdzie uderzenie tętna jest najwyraźniejszém, przyrządzik podobny do téj części przyrządu indukcyjnego, która służy do przerywania prądu galwanicznego. Składa się on z metalicznego guziczka osadzonego na sprężynce, po nad którym przytwierdzony jest drugi taki guziczek dający się doń zbliżać lub oddalać od niego za pomocą śruby mikrometrycznéj. W chwili zetknięcia się obu tych guzków następuje zamknięcie prądu galwanicznego, w chwili zaś oddalenia ich od siebie przerwanie prądu. Tętnica sprychowa rozszerzająca się i zwężająca pod wpływem napływającéj fali krwi, sama prąd ten zamyka i przerywa zbliżając dolny guziczek do górnego lub go oddalając. Przerwy te prądu galwanicznego udzielają się telefonowi pozostającemu w obrębie jego i zamieniają się w wydatne, głośne tony. Tony serca lub uderzenia tętna stają się jeszcze głośniejsze, jeżeli ilość ogniw galwanicznych jest większą. Aby słyszeć tony sercowe trzeba tylko powyższy przyrządzik przypasać do klatki piersiowéj w miejscu, gdzie uderzenie serca jest wyraźne. Cały ten przyrząd nazwany przez autora sfigmofonem kosztuje 20 marek (u mechanika Hillgera w Frankfurcie n. M. Johanniter-str. 3) i zasługuje na szybkie rozpowszechnienie. *(Berl. klin. Wochenschr.* 1878, 49). *Obt.*

Uwaga Redakcyi. Przed kilku dniami prof. Bamberger okazał sfigmofon Steina w towarzystwie lek. wiedeńskiém i dowodził, że tony słyszalne nie pochodzą wcale od uderzenia tętna, lecz od zamykania i otwierania bateryi elektrycznéj, że więc sfigmofon pod tym względem żadnéj nie ma wartości, że jednak może mieć pewne znaczenie przy rozpoznawaniu tętniaków. *(W. med. Presse* Nr. 2).

Letiévant: **Przetoka skrzelowa zupełna wyleczona wstrzykiwaniami nalewki jodowéj.**

W m. kwietniu r. z. przyjętym został do lugduńskiego Hôtel Dieu 16-letni młodzieniec, chory na przetokę w okolicy nadobojczykowéj prawéj. Przez szparowate zewnętrzne ujście téj przetoki wypływała ciecz śluzowo-ropiasto-surowicza, a cieczenie to powstało w trzecim roku życia chorego, do tego zaś czasu, pomimo że matka spostrzegła szczelinowaty otwór w dzień przyjścia na świat pacyjanta, otworek ten był zawsze suchy.

Badanie uskutecznione przez prof. Letiévant wykazało powrózkowate zgrubienie przy wewnętrznym brzegu mięśnia sutko-obojczykowego, którego koniec dolny przedstawiał okrągłe zgrubienie, cienki zaś koniec górny gubił się w głębi pokładów anatomicznych téj okolicy. Przebieg tego powrózka od wewnętrznego końca obojczyka do górnego brzegu chrząstki tarczykowéj doskonale dawał się wymacać; w dotknięciu czynił on wrażenie ciała miękkiego, ruchomego, podnoszącego się przy łykaniu i ściśle połączonego z wiązką naczyń téj okolicy; skóra zdrowa, a samo zewnętrzne ujście przedstawiało się jakby różowo zabarwione nakłócie wielką szpilką. Przy naciskaniu wyciekała z dolnego otworu ciecz ropno-surowicza, często z przymieszką krwi, a jeśli się kilka razy naciskało, znikało owo okrągłe zgrubienie dolnego końca powrózka, polegające na napełnieniu cieczą przetoki. Ciecz ta badana pod drobnowidem okazuje się złożoną z białych i czerwonych ciałek krwi i z komórek stożkowatego przybłonka. Zgłębnik wprowadzony do przetoki w kierunku osi przedłużnéj, wchodził na 8—9 cm., jeszcze daléj sięgała cienka i gibka świeczka; pomimo jednak, że przy zgłębianiu przetoki często występował kaszel, nie powiodło się tą drogą odkryć górnego końca przetoki; natomiast wstrzyknięcie do niéj płynu mlecznego czyniło niewątpliwém połączenie przetoki z jamą ustną gdyż płyn ten w téj ostatniéj znajdowano; laryngoskopowanie samo wcale nie wykryło wewnętrznego ujścia przetoki, skombinowane zaś ze wstrzyknięciem płynu mlecznego, dozwoliło zobaczyć po nad migdałkiem prawym małą szczelinę, będącą właśnie ujściem przetoki. Przedmiotowe badanie połyku wykryło brak kolumny tylnéj, a na miejscu jéj brodawkowate wypuklenie, z którego przy zastrzykiwaniu wyciekał płyn mleczny; innych zmian anatomicznych nie było; chory utrzymuje, że w jego rodzinie wielu członków cierpi na głuchotę wrodzoną, co ma nie mały związek ajtyjologiczny z wrodzoną przetoką skrzelową. Po rozpoznaniu pomimo nalegań chorego, prof. Letiévant cofnął się przed wycięciem przetoki, ze względu na ścisły jéj związek z ważnemi naczyniami i nerwami téj okolicy, a polecił stósowanie wstrzykiwań jodowych, których dokonano 16 w ciągu miesiąca, i leczenie to nie sprowadziwszy żadnych powikłań uwieńczone zostało zupełném wyleczeniem chorego *(Le Progrés medical).*

Uwaga sprawozdawcy. Przetoki i torbiele skrzelowe nie należą do zbyt częstych przypadków; ajtyjologija tych zboczeń sięga życia płodowego. W pierwszym okresie swego tworzenia się płód ma postać łodzi, któréj obie połowy boczne nachylają się ku proodowi i tu zetknąwszy się, stanowią przednią ścianę zarodka; najwcześniéj to połączenie uskutecznia się w części przygłowowéj, i z niego to kształtują się głowa i szyja. We wnętrzu listka trzewiowego, zamykającego z przodu ciało płodu, gromadzi się z góry ku dołowi istota tkankotwórcza *(blastème)*, układająca się w linije raczéj łuki równoległe, występujące z pod kapturka głowowego i zbiegające się ku linii środkowéj przedniéj; przez zanikanie istoty odgraniczającéj łuki, takowe oddzielają się jedne od drugich szparami, tak że w końcu pierwszego miesiąca istnieje z każdéj strony po 4 łuki, oddzielone 3 szparami, które (łuki) łącząc się na środkowéj linii, zamykają przednią część płodu; część tę w owym okresie stanowi obszerna jama, otwarta na zewnątrz przez wspomniane szpary i nie będąca niczem innem, jak tylko jamą połykową; budowa powyższa przypomina narząd skrzelowy ryby i ztąd nazwa: łuki i szpary skrzelowe. Z łuków tych, przez następowe rozwojowe przeobrażenia, kształtują się ważne narządy ustroju, a między innemi, przez połączenie się 2go i 3go łuku, powstaje kość podjęzykowa. W prawidłowym przebiegu szpary i łuki zanikają w końcu 2go miesiąca, lecz zdarza się, że z przyczyn niedostatecznie do téj pory znanych, rozwój wstrzymuje się, a jedna ze szpar skrzelowych nie zasklepia się; w takim razie szpara przez rośnięcie płodu wydłuża się w przewód nieprawidłowy, wysłany błoną śluzową i przebiegający w kierunku od kości podjęzykowéj, ku okolicy nadobojczykowéj. Ujście dolne (zewnętrzne) jest nie stałe co do swego miejsca, okoliczność ta, zależy od tego, że każda z trzech szpar skrzelowych może ulegać zboczeniom rozwoju. Ten przewód nieprawidłowy czasem bywa zupełny, tj. jest drożny od jamy połyku do ujścia skórnego na szyi, czasem zaś ujście połykowe zarasta, a przewód jest drożny tylko w końcu dolnym; a wreszcie bywa, chociaż rzadko, że koniec dolny zasklepia się, a przewód otwiera się do połyku; tym trzem stanom odpowiadają wrodzone przetoki szyi, czyli przetoki skrzelowe, które bywają bądź zupełne, bądź niezupełne zewnętrzne, a wreszcie najrzadziéj niezupełne wewnętrzne.

Zazwyczaj przetoki skrzelowe są już uformowane przy urodzeniu się dziecka; lecz zdarza się nieraz, że pojawienie się przetoki opóźnia się, co wprowadza w błąd przy rozpoznaniu. Duplay tłumaczy to opóźnienie w następujący sposób: jeśli szpara skrzelowa zasklepia się nie zupełnie, a mianowicie jeśli tylko oba ujścia są zarośnięte, a przewód drożny, lub też jeśli tylko ujście skórne zarasta, a przetoka jest niezupełną wewnętrzną, to w obu tych przypadkach wydzielina błony śluzowéj przewodu gromadzi się, wytwarza torbiel, która jeśli sztucznie lub dobrowolnie się otwiera bez względu na okres życia, powstaje przetoka skrzelowa.

Rozpoznanie przetok skrzelowych polega na stwierdzeniu istnienia nieprawidłowego przewodu, przebiegającego najczęściéj po prawéj stronie od zewnętrznego jego ujścia w kierunku do kości podjęzykowéj, na możebności przejścia właściwem narzędziem przez cały przewód, na cechach wydzieliny tego przewodu, zbliżonéj do śluzu nosowego. Wielkie ma znaczenie w celach leczniczych stwierdzenie, czy przetoka jest zupełną, lub niezupełną; wstrzykiwanie płynu mlecznego, lub posiadającego smak właściwy, jak np. bardzo rozwodnionéj nalewki jodowéj, doprowadza zwykle do pożądanego celu.

Rokowanie *quo ad vitam* jest dobre; rokowanie zaś przy operacyi, ze względu na sąsiedztwo ważnych dla życia naczyń i nerwów jest wątpliwem, zresztą zupełne wyleczenie przy najlepiéj dokonanéj operacyi nie jest pewnem.

Leczenie początkowe polega na wstrzykiwaniach podrażniających i przyżegających, które czasami uwieńcza zupełne powodzenie, lub korzystne przeobrażenie przetoki zupełnéj na niezupełną zewnętrzną, jeśli zaś te zachody są nadaremne, operacyja radykalna, polegająca na obnażeniu powrózka przetokowego i jego wycięciu jest wskazaną, lecz wykonanie tego rękoczynu czasem natrafia na trudności, i pociąga za sobą niebezpieczeństwa. Sarazin radzi wprowadzić przed wycięciem zgłębnik, aby po nim łatwiéj wycięcie uskutecznić. *Dr. A. Kwaśnicki.*

E. Welponer (w Wiedniu): **Dwa przypadki cięcia cesarskiego na kobietach zmarłych z wydobyciem dzieci żywych.**

1) Kobieta l. 36 licząca, po raz pierwszy brzemienna, ze znacznem skrzywieniem stosu ku tyłowi i ku prawéj stronie, miednicą asymetryczną i skróceniem wymiaru prostego i poprzecznego. Płód znajduje się w położeniu 2giem czaszkowem, tony serca jego z prawéj strony słyszalne. Bóle porodowe prawidłowe, poród przewleka się, z powodu grożącéj obrzękłości płuc przystąpiono do przekłócia pęcherza płodowego; wśród tego rodząca nagle umiera. Po sprawdzeniu śmierci i w 3—4 minut po przekłóciu pęcherza, uskuteczniono cięcie cesarskie i wydobyto dziecko z bijącem sercem, ale nie oddychające. Po całogodzinnych usiłowaniach udało się wywołać oddychanie, jednak w 5 godzin po wydobyciu dziecko umarło. Sekcyja matki wykazała: niedodmę płuca l., obrzękłość płuca pr., przerost serca.

2) Kobieta l. 31 licząca, po raz trzeci brzemienna w stanie na wpół nieprzytomnym do szpitala przywieziona; kobietę tę pod koniec ciąży znaleziono leżącą w jéj pomieszkaniu, poprzednio zaś przez parę dni skarżyła się była na ból głowy. Objawy zadrażnienia mózgowego, tętno 70, mocz prawidłowy; zrazu polepszenie, w kilka dni późniéj atoli opadnięcie l. powieki górnéj, rozszerzenie znaczne źrenic, brzuch zapadły, ciepłota 38·70, tętno 100, drgawki, kurcz mięśni karkowych, stłumienie odgłosu w obydwóch szczytach płucnych, szmer wydechowy zaostrzony. Przebieg zapal. opon mózgowych bardzo szybki. W 2 minuty po sprawdzeniu śmierci cięcie cesarskie; wydobyto dziecko asfyktyczne, które po upływie ¼ godziny zaczęło krzyczeć, a w 22 godzin po śmierci matki zmarło. Sekcyja matki wykazała gruźlicze zap. opon na podstawie mózgu, dużo surowicy w komórkach, ograniczoną gruźlicę w szczytach płucowych.

W państwie austryjackiem (według statutu z d. 2 kwietnia 1757 oraz wedle rozporządzeń dolno-austryjackich z 29 września 1798 i 5 sierpnia 1800) obowiązuje przepis następujący: „Na kobietach zmarłych w 2giéj połowie ciąży należy uskuteczniać cięcie cesarskie wśród wszelkich ostrożności jak na żywych, aby w miarę możności płód utrzymać przy życiu, albo aby go żyjący jeszcze ochrzcić, jeżeli „matka jest wyznania chrześcijańskiego.“ Według przepisu tego lekarz obowiązany jest przystąpić do cięcia cesarskiego u każdéj kobiety zmarłéj w 2giéj połowie ciąży bez względu na chorobę, z któréj brzemienna umarła i bez względu na czas, jaki minął od jéj śmierci. W. domaga się rewizyi

tego przepisu dowodząc słusznie, że jeżeli śmierć matki nastąpiła z choroby przyrzutowéj lub z choroby, która kończy się dłuższém konaniem, wtedy żadnych nie ma widoków ocalenia płodu przez sztuczne wydobycie go z łona zmarłéj matki. Opierając się następnie na powyższych dwóch przypadkach, w których operacyja uskuteczniona została w parę minut po śmierci brzemiennych, dowodzi że nawet wtedy, jeżeli brzemienna umarła nagle, co najwięcéj po operacyi w 10—15 minut po jéj śmierci wykonanéj skutku dla płodu spodziewać się można, poczytując wszystkie przypadki zapisane w literaturze za niewiarogodne, w których w kilka lub kilkanaście godzin po śmierci matki wykonane cięcie cesarskie miało ocalić życie dziecka. (*W. med. Presse* 1879, Nr. 1).

(Ostatnie to zdanie zdaje nam się być przesadzoném. Trudno nie wierzyć Kergaradekowi, który podaje, że przy sekcyi zwłok ks. Schwarzenbergowéj, żony ambasadora austr. w Paryżu, która w kwiecie wieku zginęła w pożarze śród godów weselnych Napoleona I. w r. 1810, w dzień po jéj śmierci spostrzeżono objawy życia u płodu, a ze stanowiska teoretycznego przypuścić należy możebność trwania życia płodowego przez kilka lub kilkanaście nawet godzin w łonie matki poprzednio czerstwéj a nagle zmarłéj, jeżeli uwzględnimy przypadek podany przez Maschkę, w którym u noworodka przez kilkanaście godzin ziemią przykrytego spostrzeżono jeszcze objawy życia (bicie serca), lub przypadki, które zdarzyły się w naszéj praktyce, że dzieci pokryte przez godzinę grubą warstwą gnoju lub śniegu po wyjęciu do życia przywrócone zostały, jedno wprawdzie tylko na kilkanaście godzin, podczas gdy drugie oglądaliśmy zdrowe i czerstwe po upływie kilku miesięcy. Należy przecież mieć na oku stósunki krążenia krwi, które u noworodka a tem bardziéj u płodu mają wielkie swe znaczenie. *Sprawozd.*)

L. B.

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie I z dnia 2go stycznia 1879 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 31.

1) W zastępstwie kol. podskarbiego kol. Grabowski odczytuje sprawozdanie z obrotu funduszów Tow. w r. 1878.

2) Koll. Blatteis imieniem komisyi rewizyjnéj podaje, że komisyja dopełniła swoich czynności i znalazła rachunki Towarzystwa, jakoteż Przeglądu Lekarskiego w zupełnym porządku i wnosi, żeby Towarzystwo wyraziło uznanie i podziękowanie koll. Obalińskiemu i Grabowskiemu za wzorowe prowadzenie rachunków. Wniosek ten jednogłośnie przyjęto. Nadto wnosi kol. Blatteis: 1) ponieważ zaległości są zbyt znaczne w stosunku do majątku Tow., poleca się Prezesowi. aby w roku bieżącym poczynił wszelkie kroki w celu ich ściągnięcia, 2) ograniczyć, albo jeżeli się da, usunąć zupełnie znaczny wydatek na stenografa. Oba te wnioski przekazano komitetowi Tow. do załatwienia, poczém uchwalono jednogłośnie dać absolutoryjum za rok 1878 kol. podskarbiemu.

3) Kol. Grabowski odczytuje sprawozdanie ze stanu biblijoteki Tow. w zastępstwie kol. biblijotekarza, kol. Pareński sprawozdanie ogólne z czynności Towarzystwa, kol. Skórkowski sprawozdanie z czynności naukowych, kol. Rybczyński sprawozdanie z wydawnictwa Przeglądu Lekarskiego.

4) Kol. Lutostański odczytuje sprawozdanie z czynności komisyi balneologicznéj i higijenicznéj, kol. Grabowski w zastępstwie kol. Janikowskiego zdaje sprawę z czynności komisyi terminologicznéj, przyczém kol. Ściborowski wnosi aby kol. Kremerowi który mimo ciężkiéj choroby nie przestał brać gorliwego udziału w pracach komisyi, przesłać podziękowanie piśmienne. Wniosek ten jednogłośnie przyjęto. Kol. Grabowski przedstawia również w zastępstwie kol. Janikowskiego sprawozdanie delegata Tow. do komisyi sanitarnéj miasta Krakowa, a kol. Ściborowski sprawozdanie komisyi dla popierania przemysłu krajowego w zastósowaniu do celów leczniczych.

5) Kol. Ściborowski imieniem komisyi statutowéj odczytuje projekt nowego statutu Towarzystwa. Statut ten w głosowaniu jednogłośnie przyjęto, uchwalając przesłać go do zatwierdzenia przez Władze rządowe, dopiero po nadejściu odpowiedzi ze Lwowa na list w sprawie wspólnego działania z Tow. lek. galicyjskiém.

6) Kol. prof. Korczyński wnosi, aby przez powstanie podziękować ustępującemu prezesowi Towarzystwa za tak gorliwe wypełnianie swych obowiązków i skuteczną pracę dla dobra Towarzystwa w ciągu 2 lat urzędowania. Wniosek ten jednogłośnie przyjęto i wykonano.

7) Następnie wybrano: prezesem Towarzystwa kol. Władysława Ściborowskiego, wiceprezesem ponownie kol. Aleksandra Zarewicza, sekretarzem dorocznym kol. Feliksa Skórkowskiego, redaktorem Przeglądu Lekarskiego ponownie kol. prof. Leona Blumenstoka, członkami komisyi redakcyjnéj ponownie kol. Kazimierza Grabowskiego, prof. Edwarda Korczyńskiego, Augusta Kwaśnickiego i Aleksandra Rybczyńskiego, delegatem do komisyi sanitarnéj miejskiéj w Krakowie również ponownie kol. prof. Stanisława Janikowskiego.

8) Wreszcie na wniosek koll. prof. Rydla i Pareńskiego, uchwalono jednogłośnie ustanowienie osobnego płatnego korrektora dla Przeglądu Lekarskiego, a to w uznaniu zasług Redaktora i celem ulżenia mu w pracy. Wykonanie niezwłoczne téj uchwały poruczono komisyi redakcyjnéj.

9) Wśród objęcia przewodnictwa przez kol. Zarewicza kol. prof. Korczyński wnosi, aby Tow. w uznaniu zasług ustępującego prezesa kol. Domańskiego ofiarowało mu ozdobne album z fotografijami swych członków. Wniosek ten jednogłośnie przyjęto a jego wykonanie polecono komitetowi Towarzystwa

Dr. Skórkowski.

V. Nieco z dziejów lekarskich przedhistorycznych.

(Wyjątek z rękopisu obszerniejszego).

Napisał Prof. Dr. J. Oettinger.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2.)

Do najosobliwszych wypadków, do jakich doszły najnowsze poszukiwania w tym kierunku, należą odkryte niewątpliwe dowody, dokonywanego już w owéj mglistéj przeszłości na żywych, rękoczynu chirurgicznego tak śmiałego i tak niebezpiecznego jak trepanacyja czyli wykrawanie otworu w czaszce.

Pierwsze spostrzeżenia głów przedhistorycznych sztucznie przedziurawionych poczynił już w r. 1868 a stanowczo potwierdził w r. 1874 Prunières z Marvejols (depart. Lozère). (*Bullet. de la soc. d'Anthr. de Paris.* Tome IX. Paris 1874, pag. 185.)

Z razu wahano się jak zjawisko to tłumaczyć i wyjaśnić. Sądzono z początku, że zrządzano podobne uszkodzenia na trupach jedynie, co atoli po części się tylko sprawdziło. Większa jeszcze wątpliwość panowała co do domniemanych celów takiéj sprawy. Prunières domyślał się naprzód zamiaru przekształcenia téj kostnéj puszki na czarę do picia; późniéj zgodniéj z prawdą padł na myśl, że wytwarzano sobie w ten sposób z kości zawieski czyli amulety w skutek zabobonnéj wiary w ich cudowną moc ochronną lub leczniczą; wreszcie gdy mnożyły się skazówki późniejszego zabliźnienia tych otworów dowodzące zatém, że powstały nie-

które za życia i drogą sztuczną w pewnym wskazanym celu; przypuszczał, lecz znowu mylnie, że dokonywano tego rękoczynu z powodu złamania lub innych cierpień kości czaszkowych.

Zasługę wyjaśnienia tej ciekawej sprawy na podstawie pewnych spostrzeżeń anatomicznych i anatomiczno-patologicznych zjednał sobie kilkakrotnie już wzmiankowany Paweł Broka. Doszedł on w tej mierze do wypadków następujących. Wykrawano otwory w czaszce jużto na żywych, jużto na trupach.

1) Trepanacyję na żywych wykonywano wyłącznie na główkach dziecięcych, ale nie z powodu obrażeń lub innych uszkodzeń kości czaszkowych, których najmniejszego śladu obok otworu sztucznego o brzegach dawno zabliźnionych w żadnym przypadku nie napotkał. Siedziba otworów zwykle w jednej z kości ciemieniowych, ich rozmiar i kształt prawie zawsze jednaki, eliptyczny z brzegami ukośnemi, oszczędzającemi więcej blaszkę wewnętrzną niż zewnętrzną, ze średnicą większą w tejże ostatniej wynoszącą około 50 mm. a w tamtej 42 mm. z mniejszą o 38 i 30 mm. z grubością 7 do 8 mm. jedne przenikające wskroś a inne nie dochodzące do wnętrza; zresztą własności brzegów sierpowato wycieńczonych, zbitych, nie okazujących tkaniny gąbczastej, utrzymanie się szwu śród blizny kostnej, wygięcie blaszki wewnętrznej wywołane wypierającym mózgiem świadczą: jużto o zabiegu sztucznym, podejmowanym według jednostajnego trybu, jużto, zwłaszcza okoliczności ostatnie, o doznaniu tego chirurgicznego zamachu w dziecięctwie i przeżyciu go potem aż do wieku dojrzałego i podeszłego. Na poparcie tego wniosku służy nadto wzgląd na cienkość i giętkość kości dziecięcych, dających się tem samem łatwiej wycinać, warunek nieodzowny w czasach, kiedy nie znano jeszcze narzędzi metalowych i kiedy posługiwać się musiano kamiennemi. Nie ulega też wątpliwości, że otwory w czaszce ostrym krzemieniem wydłubywano a raczej wyskrobywano. Broka starając się odgadnąć cel tak niebezpiecznego a umyślnego uszkodzenia, dokonywanego na dziatwie, domniemywał się przenikliwie, że wypływał zapewne z zabobonu, że łączył się z jakimś obrządkiem poświęcającym może w tak okrutny sposób malca do zawodu kapłańskiego lub w ogóle do jakiejś służby nabożnej. W tem wiadomość podana przez A. Sansona w r. 1874 *(Gaz. hebdomadaire de med. et chirurgie N. du 17 April 1874 Etrange therapeutique)* o wyspiarzach morza południowego, którzy dziś jeszcze kawałkiem szkła wyskrobują otwory w czaszce, aby wyleczyć pewne choroby, których źródło mieszczą w głowie, skłoniła Brokę do uzupełnienia swojego domysłu w ten sposób, iż zatrzymując początek w każdym razie zabobonny, dodał do celu religijnego jeszcze leczniczy. Utwierdził go tem bardziej w tem mniemaniu przesąd panujący jeszcze w czasach historycznych a nawet i w wiekach średnich, przypisujący niektóre burzliwe choroby nerwowe połączone z drgawkami i utratą przytomności, a wydarzające się tak często u dzieci: jak rzucawkę, padaczkę, pląsawicę, wpływowi złego ducha uwięzionego w czaszce. Wykonywano więc, twierdzi Broka, w czasie już przedhistorycznym trepanacyją celem wypuszczenia tej szkodliwej, zakłócającej zdrowie istoty. Śmiały więc rękoczyn wykrawania otworu w czaszce opierał się wprawdzie na zabobonie, ale miał także cel leczniczy.

Głowy okazujące ślady takiego sztucznego za życia uszkodzenia znaleziono dotychczas w przeszło 10 dolmenach departamentu Lozery, w 2 do 3 podziemnych grobowiskach depart. Marny, rozkopywanych przez de Bayea, w jaskini Sordes (depart. Landes), w dolmenie Bougon (dep. Deux Sevres) i w grobowisku jednem algierskiem poszukiwanem przez jenerała Faidherba. Wszystkie pochodzą z ostatnich czasów epoki kamienia polerowanego.

2) Trepanacyja pośmiertna ma związek i fizyczny i moralny z poprzednią: fizyczny, gdyż się ją napotyka najczęściej na czaszkach otwieranych już za życia i znowu zabliźnionych; moralny, bo jest skutkiem powinowatego zabobonu, przypisującego moc zbawienną i cudowną szczątkom osób otaczanych czcią szczególną i uważanych za święte dlatego, że na nich ukazały się jakieś niepospolite, rzadkie zjawiska lub zdarzenia. Wszakże w historycznej już starożytności padaczka zwała się chorobą świętą, trudno też o tem wątpić, że w epoce o wiele odleglejszej, szczęśliwe przebycie niebezpiecznego, religijno-leczniczego zamachu, wykrawającego kawałek czaszki powiększyło jeszcze cześć i wiarę w skuteczność tej części ciała, która najbliższą była cudu. Przez dość pospolite skojarzenie wyobrażeń przeniesiono potem własność zbawienną i na części odleglejsze a wreszcie może i na czaszki w ogólności, choćby i za życia nie doznały tego sztucznego obrażenia. Starano się więc o takie święte zabytki, aby umieściwszy je na szyi lub innej części ciała własnego ochronić się lub wyleczyć z chorób.

Jakoż znajdowano głowy, na których obok otworu zabliźnionego od dawna, napotykano pośmiertne, postępujące kolejno od zagojonych brzegów coraz dalej. Do nierzadkich wykopalisk należą także wykrawane krążki kostne, znane w archeologii pod nazwą rondli *(rondelles)*, jakkolwiek napotykano i trójkątne i kształtu wielorakiego. Otwór środkowy sztucznie zrobiony stwierdza ich przeznaczenie jako zawiesków czyli amuletów, służył albowiem do przeprowadzenia przezeń pętli do uwieszenia. Niektóre z nich okazują ślady napoczętego rozdzielenia na drobniejsze części lub ukruszenia, może umyślnego, celem użycia na lek wewnętrzny sproszkowany. Wreszcie w jamie czaszkowej głów nawierconych znajdowano krążki kostne pochodzące od innej osoby, a wkładane, ile się zdaje, w celu jakimś zabobonnym.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Choroby nagminne w Galicyi w ciągu grudnia 1878.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem październ.	przybyło w ciągu listopada	razem	z tych wyzdrowiało	z tych umarło	z tych pozostało na styczeń
Ospa	9	28699	25	189	108	38	68	7
Odra	51	69386	695	2586	1935	274	1072	36
Płonica	57	76016	389	1196	906	259	420	32
Błonica	124	169236	209	1931	1034	915	191	48
Dur brzusz.	17	32590	34	246	165	36	79	10
Dur osutkow.	12	16737	10	271	152	24	105	11
Krztusiec	49	53318	677	2095	1429	203	1140	29
Czerwonka	6	5678	38	43	56	5	20	1

Ospa głównie w powiecie bocheńskim, i to w mieście Bochni, także w Sądeckim (w mieście), w tarnobrzeskim i gorlickim. **Odra** głównie w sądeckim (6 gmin), w rohatyńskim i gorlickim (po 5 gmin), w mieście Drohobyczu (40 przyp. śmierci); **Płonica** głównie w rohatyńskim (w 9 gminach), w przemyskim (w 7 gminach), w przemyślańskim i sanockim (po 5 gmin). **Błonica** głównie w borszczowskim (14 gmin), w zaleszczyckim (w 10 gminach na styczeń tylko w 2 gminach pozostała), w stanisławowskim, kołomyjskim i tłumackim (po 9 gm.). Z końcem grudnia wygasła epidemija w bohorodczańskim, kosowskim i stani-

sławowskim. **Dur brzuszny** głównie w przemyskim (3 gm.), grodeckim i niskim (po 2 gm.), **Dur osutkowy** w kolbuszowskim (3 gm.), w bialskim (2 gm.), dolińskim, husiatyńskim, niskim, skałackim, stryjskim, tarnopolskim i złoczowskim po 1 gminie. **Krztusiec** głównie w grodeckim (w 7 gm.), turczańskim i jarosławskim (po 4 gm.) **Czerwonka** ustaje. *Dr. Merunowicz.*

* Dodatek do 6go wydania farmakopei austryjackiéj. Na mocy rozporządzenia ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 10 grudnia 1878 r. następujące leki zaliczone zostały do oficynalnych:

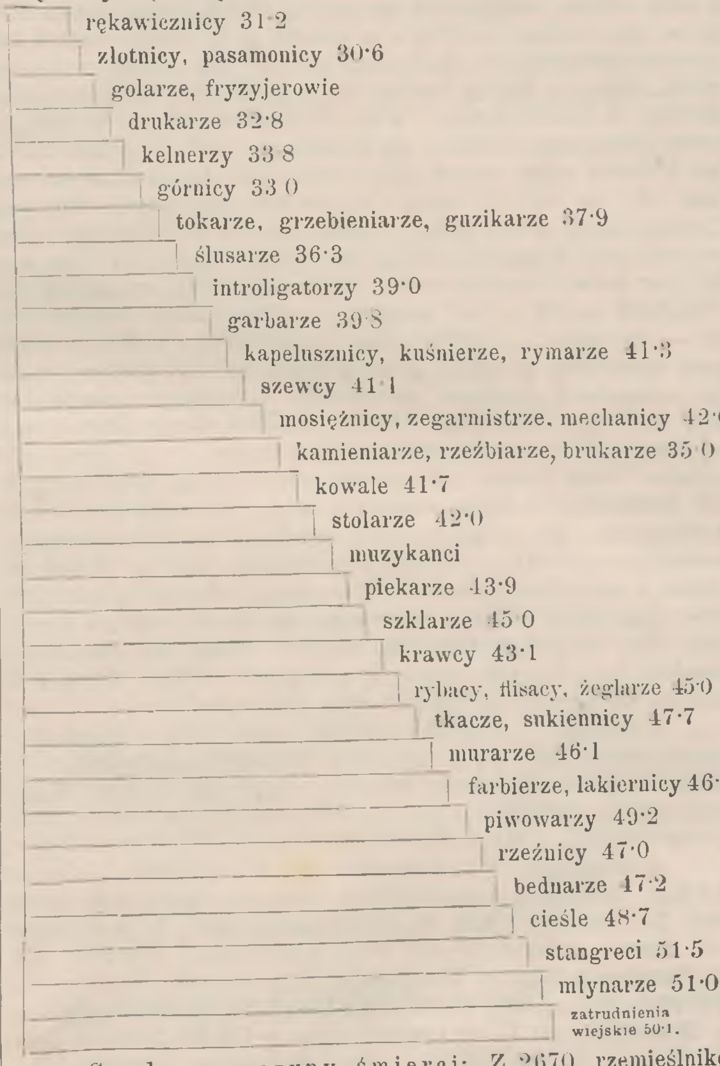
1) *Acidum benzoicum* (Flores benzoës); 1 gram kosztuje 9 gr.
2) *Acidum salicylicum*, 1 gr. 4 gr.
3) *Apomorphinum hydrochloricum* († dawka największa do injekcyi 0·01), 0·01 gram 6 gr.
4) *Cassia fistula* 50 gram 8 gr.
5) *Castoreum* (canadense, anglicum, americanum) 0·10 gram 1 gr.
6) *Chininum tannicum*, 0·10 gram 2 gr.
7) *Chloralum hydratum* (†), 10·0 gram 20 gr.
8) *Collodium*, 10·0 gram 5 gr.
9) *Extractum Rhei*, 5·0 gram 38 gr.
10) *Ferrum hydro-oxydatum dialysatum liquidum*, 10·0 gram 5 gr.
11) *Ferrum et Natrum pyrophosphoricum*, 1·0 gram 3 gr.
12) *Jodoformium* (†), 1·0 gram, 16 gr.
13) *Lignum campechianum*, 10·0 gram 1 gr.
14) *Liquor amonii anisatus*, 10 gram 4 gr.
15) *Mixtura gummosa.*
16) *Natrum salicylicum*, 1·0 gram 4 gr.
17) *Oleum lini*, 50,0 gram 8 gr.
18) *Pulpa Cassiae*, 50·0 gram 28 gr.
19) *Spiritus saponis kalini* 50·0 gram 28 gr.
20) *Styrax liquidus*, 10·0 gram 4 gr.
21) *Syrupus Ipecacuanhae*, 10 gram 5 gr.
22) *Tinctura Cascarillae*, 10 gram 6 gr.
23) *Tinctura Castorei canadensis*, 10 gram 31 gr.
24) *Tinctura Chinae composita.*
25) *Unguentum diachylon Dris Hebrae.*

Statystyka epidemij. W tygodniu 1 (od 29 grudnia 1878 do 4 stycznia 1879 włącznie) ospa wzmogła się w Londynie. Umarło wprawdzie w tym czasie tyle, co i w zeszłym tygodniu (13 osób) lecz zachorowało 87, osób podczas gdy poprzedniego tygodnia zapadło osób 71. W szpitalach było chorych 254. W Wiedniu umarło mniéj bo 11 osób, w Paryżu więcéj bo 17, w Barcelonie 12, w Petersburgu 39. W Warszawie zdaje się, że wygasła epidemija ospy. Z płonicy umarło nieco mniéj w Liwerpolu i Birminghamie. W Londynie umarło jeszcze wiele osób z zapaleń narządu oddechowego (485). Z Nowego Orleanu doszła wiadomość 8 grudnia z r. o 2 przypadkach śmierci z żółtéj febry, jakotéż o 1 przypadku śmierci z endemicznéj cholery. (*Veroeffentlichungen des Kais Deutsch. Gesundheitsamtes*, Nr. 1, 1879.) *Dr. J. Buszek.*

* Statystyka lekarzy. Według gazety lekarskiéj w Bostonie wychodzącéj stósunek lekarzy do ludności w rozmaitych krajach jest następujący: W Stanach Zjedn. Ameryki półn. przypada 1 lekarz na 600 mieszkańców, w Anglii 1 na 1672, we Francyi 1 na 1814, w Austro-Węgrzech 1 na 2500, w państwie niemieckiém 1 na 3000.

* Statystyka samobójstwa we Wiedniu. W r. 1878 było samobójstw ze stanu cywilnego 295 (w r. 1875, 1876, 1877 było 298, 297 i 314). Wiek średni tych samobójców przypadał pomiędzy 20 — 50 rokiem życia: najmłodszy samobójca miał lat 13, najstarszy 82; kobiet było 53. Z powieszenia umarło 111 (kobiet 10), z utopienia się w Dunaju 64 (kobiet 10), z broni palnéj 55 (kobiet 3), z trucizny 38 (kobiet 15), skutkiem zeskoczenia 17 (kobiet 12), z narzędzi ostrych 9 (kobiet 2), wreszcie 1 osoba poniosła śmierć dobrowolną pod kołami. Najwięcéj samobójstw przypada na miesiąc lipiec, najmniéj na wrzesień.

* Przyczynek do patologii przemysłów. Dr. M. Popper, docent statystyki w Pradze, podaje (w *Vierteljahrs. f. ger. Med. u. öffentl. Sanit.*, 1879 1 zeszyt, str. 98 — 118) pogląd na wiek średni i śmiertelność u robotników w rozmaitych przemysłach, opierając pracę swoją na pokaźnéj cyfrze 2670 rzemieślników zmarłych w Pradze w ostatnich kilku latach. Ludzie ci przeżyli razem 122,841 lat, a więc w przecięciu przypada na każdego z nich lat 46. Wiek średni robotników, oddających się rozmaitym przemysłom i rzemiosłom uzmysławia skala, któréj podstawa oznacza najdłużéj, wierzchołek zaś najkrócéj żyjących. Cyfry obok poszczególnych zajęć umieszczone oznaczają wiek przeciętny; niezgodność zaś w niektórych miejscach pomiędzy skalą a cyframi występująca pochodzi ztąd, że skala opiera się na bezwzględnéj liczbie zmarłych, cyfry zaś odpowiadają wynikowi obliczenia, ile procent w każdym zawodzie umarło w wieku młodym (między 15 — 30 rokiem) a ile w wieku schyłkowym (między 60 — 90).



Co do przyczyny śmierci: Z 2670 rzemieślników umarło z chorób zakaźnych 6·6%, z zapalenia płuc 3·6%, z suchot płucnych 48·2%, z wad sercowych 2·3%, z chorób mózgowych 1·8%, z chorób nerkowych 4·2%, z raka 2·9%.

* Od kilku tygodni sroży się w kilku miejscowościach gubernii astrachańskiéj epidemija, którą jedni uważają za dur wysypkowy, drudzy za powietrze morowe, zawleczone przez kozaków wracających z Turcyi azyjatyckiéj i europejskiéj. Doniesienia o rodzaju epidemii są tak sprzeczne, że niepodobna wiedzieć, czy lekarze mają tam do czynienia z durem lub rzeczywiście z powietrzem morowém. Sprawozdania urzędowe mówią tylko o epidemii, nie nazywając jéj po imieniu, co uważamy za bardzo stósowne, skoro rodzaj jéj nie jest jeszcze należycie sprawdzony. *W. med. Woch.* zamieszcza list z Petersburga z dnia 6 bm., w którym piszący stanowczo twierdzi, że w Astrachańskiém panuje tylko dur plamisty. W obec tego zamętu najstósowniéj czekać wyjaśnienia, które prędzéj czy późniéj dojdzie nas w sposób pocieszający lub zatrważający. Spodziewamy się, że urząd lekarski krajowy baczną ma zwróconą uwagę na niebezpieczeństwo, któreby z czasem i nam grozić mogło, i że zawczasu zarządzi potrzebne środki przezorności, zwłaszcza co do wagonów, towarów, a głównie odzieży i szmat pochodzących z okolic epidemiją nawiedzonych.

Nie od rzeczy będzie przypomnieć, że powietrze morowe (zaraza morowa wschodnia, zaraza dymienicowa) pojawiła się po

raz pierwszy w Europie w r. 543 po Chr. za czasów cesarza Justyniana (z tego powodu nazwana zarazą justyniańską), że od tego czasu przez lat 1300 nawiedzała Europę, jakkolwiek od 17go wieku coraz rzadziéj. Ostatni raz pojawiła się w Bessarabii w r. 1837, a w r. 1841 w Jerozolimie i na górze Libanon, od r. 1843 zaś uważano ją za wygasłą.

* Wspomnieliśmy w numerze poprzednim, że w skutek uchwały komisyi sanitarnéj miejskiéj prof. Stopczański podjął się zbadania wody ze studni domu pod l. 113 przy ulicy Grodzkiéj. Wynik badania z uznania godną szybkością uskutecznionego był następujący: Słup wody w wysokości 25 cm. wykazuje wybitne zabarwienie zielonawe. Oddziaływanie prawie obojętne, nieco nawet wpadające w kwaśne przy użyciu czułych papierków próbierczych. Pozostałość z wody jest żółtawo-zielonawą nieco cisawą, a wyciąg wodny téj pozostałości wybitnie winnożółtawy z oddziaływaniem słabo alkalicznem. Ilość składników wody przez odparowanie i wysuszenie na 180° C. wynosi 238·5 na 100,000 wody; ubytek przez wysuszenie téj pozostałości wynosi 15·5 na 100,000 wody. Chloru na tyleż części wody jest 34·042; jeżeli całość chloru odniesie się do chlorku sodu, ilość chlorku sodu wyniosłaby 56·16 na 100,000 wody. Na tyleż części jest kwasu azotowego 48·7, azotawego 0·08, amonijaku 0·3. Twardość ogólna = 94° francusk. = 52·64° niem. twardość stała = 48° franc. = 26·88° niem. Amonijak już wykazać można przy gotowaniu w kolbce po zmięszaniu wody z ługiem sodowym, po zabarwieniu papierka próbierczego trzymanego odpowiednio nad ulatniającą się parą. Kwasu siarkowodnego przynajmniéj w ilości 150 cm. sześc. wody nie znaleziono. — Orzeczenie opiewa: Woda badana jest wzorem wody mocno zanieczyszczonéj produktami połączeń azotowych węgla, w rozkładzie daleko posuniętemi. Na podstawie tego orzeczenia magistrat zarządził bezzwłoczne zamknięcie studni. Spodziewamy się, że środek ten razem z desinfekcyją ściśle uskutecznioną zabezpieczy mieszkańców domu przed dalszém szerzeniem się duru brzusznego. a w takim razie współobywatele nasi mieliby dowód, jak zbawiennem mogłoby być działanie komisyi sanitarnéj, gdyby uchwały jéj każdym razem tak energicznie były przeprowadzone.

* Sekcyja V uchwaliła zgodnie z wnioskiem komisyi sanitarnéj przedstawić Radzie miejskiéj potrzebę umieszczenia w budżecie funduszu w kwocie 500 zła. rocznie na badanie chemiczne wody, wiktuałów, tapet itd. Sprawozdanie w Radzie pelnéj poruczono prof. Korczyńskiemu.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 1 (od 29 grudnia 1878 do 4 stycznia 1879 włącznie) umarło w Krakowie osób 37; męż. 16 i kob. 21; w obwodach osób 19, w szpitalach 18; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 34,0; w Warszawie 27,2; w Poznaniu 29,8; w Wiedniu 26,6; w Pradze 29,2; w Tryjeście 31,7; w Berlinie 27,6; w Wrocławiu 32,6; w Monachijum 33,1; w Dreźnie 23,5; w Lipsku 26,8; w Bazylei 25,8; w Brukseli 29,2; w Paryżu 24,2; w Londynie 27,4; w Chrystyjanii 10,0; w Petersburgu 42,7; w Odesie 37,5. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 5: 2 z duru brzusznego, 2 z róży, 1 z posocznicy.

Dr. J. Buszek.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** d. 16 Stycznia. W życiorysie prof. Marcelego Nenckiego, umieszczonym w *Wędrowcu* p. Władysław Leppert podaje następujący ustęp z listu pisanego d. 11 listopada r. z. przez słynnego naszego rodaka, chemika berneńskiego: „Mam widoki, prędzéj czy późniéj, zostać powołanym na większy „niemiecki uniwersytet; ale gdybym został wezwany do Krakowa „lub Lwowa dla mego fachu, tobym to ostatnie powołanie „wolał niż każde inne.“ Ustęp ten p. Leppert słusznie przytacza jako usprawiedliwiający prof. Nenckiego, który nie przyjął ofiarowanéj sobie katedry farmakologii w Krakowie, dlatego, że nie chciał porzucić nauki, któréj się z tak wielkiém powodzeniem oddaje.

* Dąsa się *Gazeta Lekarska*, żeśmy ją świeżo przydybali na jednym z grzeszków, w które żywot jéj obfituje. Nazywa nas tkliwymi, posądza o zły humor, którego „chwilowym wyrazem“ miały być „przycinki o rozmyślném przekręcaniu nazwiska, opuszczaniu źródła, powrotu do dawnego trybu itd.“ do czego wszystkiego koleżanka nasza „nie poczuwa się wcale, ani téż nikt jéj o to nie posądzi, gdyż ma jedynie rozwój nauki na względzie, a nie sprawy koteryi.“ — Pomimo tkliwości nie rozczulamy się nad temi żalami, a zły humor nasz poprawi się w obec tłumaczenia koleżanki, że nie otrzymała Nru 21 Przeglądu Lek. z r. z., a wiadomość o pracy Dra Köhlera czerpała, jak teraz wyznaje, z tygodnika berlińskiego, podczas gdy nazwisko autora wydrukowano błędnie przez pomyłkę korrektora! A więc nie ma złego, któreby na dobre nie wyszło. Teraz czytelnicy *Gazety Lekarskiéj* dowiedzą się przynajmniéj, że artykuł o karaczanach był drukowany w Przeglądzie i w tygodniku berlińskim, i że autorem jego jest Dr. Köhler, „nasz wielce szanowny współpracownik, którego niniejszém przepraszamy,“ — jak dodaje koleżanka nasza, — a więcéj przecież nie żądaliśmy. Oświadczenie zaś koleżanki, do czego się poczuwa, a do czego nie, przypomina nam zapewnienie małego Nasona, który strofowany przez matkę swoją, aby nie posługiwał się w mowie heksametrami, ze skruchą odrzekł: *Jam, jam, non faciam versus, carissima mater!* W tymże samym bowiem numerze noworocznym, w którym powyższe zasady głosi, koleżanka nasza zdaje sprawę z pracy Dra Jurasza „o szmerach mózgowych.“ Tym razem już wprawdzie podaje tytuł niemiecki rozprawy kol. Jurasza, ale przez pomyłkę zapewne korrektora nie wspomina o roku, w którym rozprawa ta wyszła, oraz nie uważa za stósowne dodać, że rozprawa ta naprzód ukazała się w języku polskim w Przeglądzie Lekarskim, a późniéj dopiero wyszła po niemiecku: zapewne znów nie otrzymała Nrów 12 i 14 Przeglądu z r. 1877. Namby się zdawało, że szanowna koleżanka powinna znać literaturę lekarską polską i zdawać sprawę z oryginału polskiego; kto zaś jedynie rozwój nauki ma na względzie, nie bardzo dopełnia tego szczytnego zadania, jeżeli z pracy wyszłéj przed 2 laty „w krótkości“ teraz dopiero zdaje sprawę, nie wiedząc wcale o tém, że praca ta wywołała już kilka innych rozpraw w tym samym przedmiocie. Ale heksameter zapewne pozostanie heksametrem i nadal, bo porzucenie nawyknień przestarzałych nie jest rzeczą łatwą.

* Nakładem Urbana i Schwarzenberga we Wiedniu a pod redakcyją prof. A. Eulenburga w Gryfii wychodzić zacznie w roku bieżącym Encyklopedyja nauk lekarskich dla lekarzy praktycznych w formie słownika, w 10 tomach (500 arkuszy druku) z rycinami. W opracowaniu encyklopedyi bierze udział 88 lekarzy; artykuły treści sądowolekarskiéj objęli prof. Hofmann we wiedniu i redaktor Przeglądu Lek.

* **Wiedeń.** Dr. Gutscher w Badenie przekonał się, że olejek mięty angielskiéj dodany do jodoformu pozbawia ten ostatni nader przykréj i długo utrzymującéj się woni, która jest przeszkodą w używaniu środka tego w nowszych czasach przez Moleschotta i Binza tak gorąco zachwalonego. Przepis dla dwóch preparatów (kleiny i maści jodoformowéj) jest następujący:

1) Jodoformii 2·00, Collodii 30·00, Ol. menthae gtts sex.
2) Jodoformii 2·00, Vaselini 30·00, Ol. menthae gtts. sex.

* **Petersburg.** Dla opracowania nowéj taksy aptekarskiéj dla Cesarstwa rosyjskiego wyznaczoną została komisyja z lekarzy i aptekarzy: opracowanie zaś nowego wydania farmakopei poruczoném zostało prof. Trappowi. (*Gazeta Lek.*)

* **Mianowania i odznaczenia.** Darwin i Owen mianowani zostali członkami zagranicznymi akademii umiej. w Berlinie. — Dr. Willigk b. prof. anatomii w Ołomuńcu mianowany został prosektorem w szpitalu powszechnym w Bernie morawskiém. — Prof. Knoll w Pradze czeskiéj objął w zastępstwie wykłady o patologii ogólnéj. — Docent anatomii patolog. w Pradza Dr. J. Soyka otrzymał pozwolenie wykładania higijeny.

* **Nekrologija** W willi swojéj w Sinigalii pod Ankoną we Włoszech umarł Dr. Józef Mianowski, b. rektor szkoły główněj warszawskiéj Śp. Mianowski urodził się w r. 1804, nauki początkowe odbywał w Humaniu, na medycynę uczęszczał w Wilnie, gdzie w r. 1828 uzyskał stopień doktora medycyny i był przez kilka lat asystentem Jędrzeja Śniadeckiego, a przez czas krótki nawet sam wykładał fizyjologiję. Po zamknięciu uniwersytetu wileńskiego przeniósł się do Petersburga jako profesor kliniki chorób kobiecych i dziecięcych, późniéj kliniki chorób wewnętrznych i wnet pozyskał bardzo rozległą praktykę. W r. 1862 mianowany rektorem szkoły głównéj warszawskiéj, przy uroczystém jéj otwarciu oświadczył, „że będzie łącznikiem

słynnéj w kraju szkoły wileńskiéj z warszawską, któréj życzy tyle pomyślności i takiego blasku, jakim się tamta cieszyła." Urząd rektora oraz obowiązki opiekuna prezydującego w radzie szpitala Dzieciątka Jezus, pełnił do r. 1869. Okazał on się prawdziwym ojcem i opiekunem młodzieży szkolnéj, która też wdzięczną zachowała dla niego pamięć, czego dowodem jest, że w gronie b. wychowańców szkoły głównéj pozostała myśl uczczenia imienia jego w sposób odpowiedni jego zasługom. Należał do założyciela Gazety Lek. i Biblioteki Umiejętn. lek, a będąc jeszcze w Wilnie napisał rzecz „o złamaniach kości 1837" oraz po łacinie spostrzeżenia lekarskie 1838. Cześć pamięci zacnego rektora, cześć pamięci współpracownika wielkiego naszego Śniadeckiego! *(Kur. Warsz.)*

D. 10 bm. umarł we Wiedniu znany ginekolog Dr Hermann Beigel, autor kilku dzieł oryginalnych, oraz tłumacz dzieł angielskich Simsa i Hewitta. — W Berlinie zmarli b. lekarze jeneralni Wolff i Langenmeyr a w Petersburgu prof. akademii medyko-chirurg. Dr. M. Rudniew, który popadł był w chorobę umysłową; wykładał on przez jakiś czas oftalmologiję w Warszawie. — W Strasburgu umarł Dr. Eggs w 73 roku życia; odznaczał on się podczas oblężenia tego miasta w r. 1870 jako lekarz gorliwy. — W Paryżu † Dr. J. Sales-Girons, lekarz kąpielowy i redaktor czasopisma *Revue médicale*.

Z gazet politycznych dowiadujemy się o śmierci znakomitego profesora medycyny sądowéj w Paryżu, Ambrożego Tardieu, który temi dniami miał umrzeć w Paryżu w 60 roku życia swego. Ostatnie numery czasopism lek. franc nie wspominają nawet o zasłabnięciu jego, a przeciwnie zapowiadają 2 nowe, obszerne rozprawy niezmordowanego pracownika.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 2 Wład. Gajkiewicza: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.); w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 1: Drozdowskiego (w Kaliszu): Rana kłuta drążąca (sic) klatki piersiowéj. Przepuklina traumatyczna płuca.

Redakcyja otrzymała: Dra S PERKOWSKIEGO: Godne uwagi następcze objawy rany postrzałowéj kręgosłupa w okolicy szyjowéj (osobna odbitka z *Gazety Lekarskiéj* 1878), in 8vo, str. 35.

Piśmiennictwo lekarskie. DURAND. Étude sur la goutte saturnine 8 Paris Delahaye. Fr. 2½.

GIRAUD-TEULON, l'oeil, notions élémentaires sur la fonction de la vue et ses anomalies 2 éd 18 Paris. Germer Baillière. Fr. 3.

GRASSET. Des localisations des maladies cérébrales. 2 éd. 8 Paris. Delahaye. Fr 3.

HERRGOTT A. Des maladies foetales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement Paris. Doin. Fr. 6

HEYNSIUS A. Üb. die Ursachen der Töne u. Geräusche im Gefässsystem. gr. 8. Leiden. Brill. M. 2. 75.

PANAS. Leçons sur les retinites, rédigées et publiées par A. Chevallerau. In 8 avec 12 fig. et 2 pl. Paris. Delahaye. Fr. 6.

PÉTREQUIN J. E. Chirurgie d'Hippocrate. 1 vol. in-8 Paris. Baillière et fils. Fr. 32.

PINARD A De l'action comparée du chloroforme, du chloral, de l'opium et de la morphine chez la femme en travail. In 8vo. Paris. Doin. Fr. 6.

PORAK. De l'absorption de médicaments par le placenta et de leur élimination par l'urine des enfants nouveaux-nés. In 8. Paris. Masson. Fr. 2.

RÉMY. Recherches histologiques sur l'anatomie normale de la peau de l'homme à ses différents âges. Av. 3 pl. 8 Paris. Delahaye. Fr. 3.

RIBEMONT A. Recherches sur l'anatomie topographique du foetus. In-fol. avec 30 pl. Paris. Doin. Fr. 10.

VINCENT F. E. Des causes de la mort promte après les grands traumatismes accidentels et chirurgicaux. In-8. Paris. Masson Fr. 8.

HARRISON R. Clinical Lectures on Stricture of the Urethra and other Disorders of the Urinary Organs 8 London. Churchill. sh. 7½.

HAYEM G. Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang. Avec fig. et tableau. Gr. in-8. Paris. G. Masson. Fr. 5.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie **we Środę** dnia **22 Stycznia** o godz. 5 popołudniu posiedzenie, na którém: 1) p. Dr. Zieleniewski dokończy odczytu o ruchu i rozwoju zakładu zdrojowego w Krynicy, 2) p. Trochanowski poda wynik rozbioru chemicznego zdrojów w Wysowy, 3) p. Dr. Skórczewski mówić będzie o kąpielach borowinowych.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Anonymowi we Lwowie: Artykuł kol. Domańskiego ukaże się niezadługo; drugiego artykułu pomimo wszelkich usiłowań dotąd wykołatać niemogliśmy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Krol. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 25 stycznia 1879. №. 4. Rok XVIII.

I. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurg. we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

a) Uwagi dotyczące cięcia krtani tarczykowego (*Thyreotomia, Laryngofissio, Laryngotomia*) i opis odnośnych czterech przypadków.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3.)

Inne zarzuty czynione tyreotomii nie zasługują na uwzględnienie. Ból połączony z rękoczynem jest niewątpliwie znacznie mniejszy, aniżeli przy tracheotomii, a to z powodu powierzchownego położenia i łatwego przystępu spójni tarczykowéj, a jednak nikt z tego powodu nie walczy przeciw tracheotomii; zresztą osoby zbyt drażliwe można znieczulać, a w takim razie broń skierowana przeciw tyreotomii obraca się wprost przeciw metodzie wziernikowéj, ponieważ do rękoczynów wziernikowych nie używa się narkozy, a środki miejscowo znieczulające nie oszczędzają choremu cierpienia, jakkolwiek tylko chwilowego. Utrata krwi przy tyreotomii bywa tak małą, że w rachubę nie wchodzi, a osłabiający wpływ ropienia w dalszém gojeniu (Jelenffy l. c.) jest rzeczywiście tylko urojeniem.

Mimo to wszystko chcąc być sprawiedliwym należy przyznać, że postęp chirurgii wziernikowéj bardzo znacznie ścieśnia zakres tyreotomii, tak że obecnie wskazania do tego rękoczynu są zupełnie inne, aniżeli były przed 10ciu laty, a nawet późniéj. Z tego téż powodu sądzę, że nie od rzeczy będzie rozebrać krytycznie wskazania do tyreotomii, jak je podał Hüter w powyżéj przytoczonéj pracy i porównać je ze zdobyczami chirurgii wziernikowéj.

Hüter (l. c. str. 85) w poczet wskazań do tyreotomii zalicza: ciała obce w krtani, nowotwory i bliznowate zwężenia krtani, i jest skłonnym do rozszerzenia tego zakresu wskazań przypadkami ciężkich urazowych uszkodzeń krtani. Nie ulega wątpliwości, że wielka część ciał obcych w krtani da się wydobyć w drodze wziernikowéj; przoduje pod tym względem w literaturze Schrötter, który odwołuje się do wielkiéj liczby rękoczynów, chociaż nie zawsze szczęśliwych. Inne ciała obce w krtani albo nie dają się usunąć w drodze wziernikowéj, albo już z góry z powodu zaduszenia wymagają poprzedniego wykonania cięcia tchawicy, poczém często udaje się wydobyć obce ciało albo przez ranę na szyi albo przez jamę ustną za pomocą podważenia stosownemi przyrządami przez otwór w tchawicy. Jeden z najciekawszych przypadków téj kategoryi znajdujemy zapisany w sprawozdaniu Schröttera (l. c. str. 86), w którym wydobyto część sztucznéj szczęki z czterema zębami przez podważenie od rany tchawiczéj ku górze. Możliwe zaś są i takie przypadki, w których ani w drodze wziernikowéj nie podobna wydobyć ciała obcego, ani przez ranę tchawiczą; w takich przypadkach tyreotomija jest rzeczą konieczną; lecz mogą się wydarzyć i takie przypadki, w których ostatecznie można, bądź w drodze wziernikowéj bądź za pomocą cięcia tchawicy, wydobyć ciało obce z krtani, atoli nie inaczéj jak tylko przy użyciu siły znaczniejszéj, coby mogło sprowadzić znaczne uszkodzenie saméj krtani. Dość jest przypatrzyć się 7méj rycinie w sprawozdaniu Schröttera, która przedstawia ową sztuczną szczękę wydobytą z krtani, ażeby pojąć, jak łatwo to samo obce ciało mogło wywołać owo uszkodzenie tylko skutkiem odmiennego położenia w krtani. W takich przypadkach tyreotomija niewątpliwie jest i nadal pozostanie jedynie racyjonalną metodą operowania, rozumie się po bezskuteczném, łagodném usiłowaniu wydobycia ciała obcego w drodze wziernikowéj i przez cięcie tchawicy w więzadle pierścienio-tarczykowém.

Nowotwory w krtani są najważniejszym przedmiotem spornym, osią około któréj obraca się ta zażarta walka w sprawie tyreotomii, która jeszcze po dziś dzień nie jest rozstrzygniętą. Hüter rozdziela role między obie strony w ten sposób, że laryngoskopistom oddaje guzki małe z wybitną a cienką szypułką, osadzone na wolnych brzegach strun głosowych, nowotwory zaś o szerokiéj podstawie ze zbitém utkaniem, następnie wszystkie guzy osadzone w zatokach Morgagniego i poniżéj strun głosowych, jakotéż wszystkie

nowotwory złośliwe (mięsaki i raki), a zatém nierównie liczniejszy zastęp nowotworów w krtani, uznaje jako dziedzinę tyreotomii i podnosi jako zaletę téj ostatniéj, że umożebnia swobodny przystęp do guzów i zapewnia doszczętne ich wycięcie, nie wymagając rąk i óez wprawnego specyjalisty, bo może być wykonaną przez każdego operatora. Atoli w téj mierze wystarczy przejrzeć bogatą kazuistykę rękoczynów wziernikowych Brunsa, Türka, Störcka, Schröttera, Mackenziego i wielu innych, ażeby się przekonać, że taki podział zasadniczy wskazań, jak go ustanawia Hüter, jest dziś anachronizmem rażącym i niestety był nim, jakkolwiek w mniejszym stopniu już naówczas, kiedy Hüter pisał swoją rozprawę. W téj kazuistyce znajdujemy bardzo liczne przykłady rękoczynów szczęśliwie dokonanych w drodze wziernikowéj we wszystkich wyżéj przytoczonych rodzajach nowotworów, z wyjątkiem złośliwych i pod wszelkiemi warunkami wymienionemi i z tego powodu słusznie domaga się chirurgija wziernikowa zakresu szerszego, jakkolwiek zgoła niesłusznie wymaga wyłącznego panowania w dziedzinie wskazań, o których tu jest mowa. Przyznaję, że tyreotomija umożebnia wygodny przystęp do nowotworów, jak to podnosi Hüter, co atoli zgoła nie uszczupla wartości chirurgii wziernikowéj i nie może żadną miarą usprawiedliwić tyreotomii w przypadkach, w których można było osiągnąć ten sam cel w drodze wziernikowéj; przyznaję następnie, że ona może być wykonaną przez każdego operatora i nie wymaga ani rąk ani oczu specyjalisty wprawnego, to atoli także nie usprawiedliwia tyreotomii gdzie inne względy jéj nie wymagają, a okoliczność ta zdolną jest tylko podnieść urok chirurgii wziernikowéj jako gałęzi sztuki lekarskiéj niestety dotychczas jeszcze zbyt specyjalnéj, która atoli powinna jak najrychléj stać się własnością każdego lekarza a przynajmniéj każdego chirurga.

W obec nowotworów w krtani lekarz kilka ma zadań do spełnienia, a mianowicie: uwolnić chorego od przeszkody mechanicznéj, która utrudnia oddech i mowę, następnie zabezpieczyć go przed powrotem choroby a tém samém przed koniecznością poddawania się powtórnie i więcéj razy rękoczynowi, a w obec nowotworów złośliwych usunąć chorobę doszczętnie i zabezpieczyć chorego przed powrotem choroby, a tém samém przed niebezpieczeństwem grożącém jego życiu. Nie ulega wątpliwości, że tak pierwsze, jakotéż bardzo często i drugie zadanie spełnić można za pomocą stosownego rękoczynu w drodze wziernikowéj; atoli co do drugiego zadania należy namienić, że i w obec nowotworów dobrotliwych miewa się częstokroć do walczenia z uporczywemi nawrotami a mianowicie w obec t. zw. „*papillomata*“. Jako przykład pozwolę sobie przytoczyć przypadek zapisany w sprawozdaniu Schröttera (l. c. str. 67): Dziewczynka 10-letnia przyjętą została do kliniki 20 listopada 1871; w krtani guzki ruchome, bladoczerwone, osadzone na wewnętrznéj, względnie tylnéj powierzchni nakrywki, na lewym fałdzie nakrywko-nalewkowym, na lewéj strunie głosowéj i lewéj rzekoméj, a w mniejszéj ilości także i na prawéj; po ćwiczeniach, które trwały pięć tygodni, wyjęto największy guzek szczypczykami, z wielkim trudem udało się po dłuższym czasie jeszcze kilka małych guzków wyrwać, poczém użyto potażu żrącego; dopiero w dniu 12 marca 1872 zdołał Schrötter stwierdzić, że tylko nieliczne resztki nowotworu jeszcze pozostały; lecz po 7 tygodniach pokazały się nowe wybujałości i to znaczniejsze, a podczas gdy je wyniszczano pojawiały się nowe coraz liczniéj, mimo to Schrötter i z nich prawie zupełnie oczyścił krtań do końca lipca; w połowie października świeża recydywa na wszystkich powyżéj wymienionych miejscowościach w znacznym stopniu; odtąd ponowne leczenie za pomocą potażu żrącego; a jak długo to wszystko potrwa, kończy Schrötter swój opis, trudno powiedzieć! Nie da się zaprzeczyć, że i po tyreotomii zdarzają się recydywy. Mackenzie (l. c.) usiłował kwestyję recydywy rozstrzygnąć cyframi na podstawie zestawień statystycznych i przytacza następujący wynik: na 93 przypadków operowanych przez siebie w drodze wziernikowéj otrzymał cyfrę 9·6%, a na 39 przypadków tyreotomii wykonanéj z powodu nowotworów dobrotliwych otrzymał cyfrę 38·4% recydywy, która to okoliczność obok innych ma także bardzo znacznie przemawiać przeciw tyreotomii. Ktokolwiek atoli bezstronnie rzecz osądzi przyzna, że cyfry przytoczone nie mogą mieć wielkiéj wartości ani doniosłości; chcąc bowiem cyframi rozstrzygnąć kwestyję recydywy, nie dość jest wybrać ogólnikowo do zestawień statystycznych tak zwane nowotwory dobrotliwe, lecz należałoby je jeszcze podzielić na pojedyńcze specyjalne rubryki i dopiero tych ostatnich użyć do statystyki; wszak nie trudno pojąć, że prędzéj można się spodziewać recydywy po operacyi papilomatów, aniżeli po wyjęciu zbitych włókniaków itp. Bez uwzględnienia tych i podobnych innych warunków nie należy z samych cyfr sądzić o wartości metody. Lecz i z uwzględnieniem tego wszystkiego nie należy cyfrom przypisywać znaczenia rozstrzygającego w téj mierze, albowiem nawet w przypadkach pozornie analogicznych zupełnie, nawet przy użyciu jednéj i téj samej metody wynik bywa całkiem odmienny, jak tego dowodzi następujący przypadek w sprawozdaniu Schröttera (l. c. str. 66) obok przypadku wyżéj przytoczonego zapisany: dziewczynka 3½ lat mająca przyjęta do kliniki 27 czerwca 1871; wnętrze krtani wypełnione guzkami tego samego rodzaju co w przypadku poprzednim; już po kilku dniach zdołał Schrötter wyrwać większą część guzków za pomocą szczypczyków; do dnia 31 lipca oczyścił krtań dziecka prawie zupełnie z nowotworów, w części za pomocą szczypczyków a w części za pomocą potażu żrącego; w styczniu 1874 stwierdził, że nie było żadnéj recydywy. A zatém: ten sam rodzaj nowotworu leczony według jednéj i téj saméj metody przez jednego i tego samego operatora, w jednym przypadku w ciągu jednego miesiąca zupełnie ustąpił i nie powrócił w ciągu 3 lat, a w drugim przypadku w ciągu całego roku nie mógł być uleczony w zupełności a choroba odnawiała się ciągle wśród leczenia. Gdyby dwa te przypadki były leczone według dwóch odmiennych metod, posłużyłyby one były niewątpliwie zwolennikom statystyki jako dowód przeciw jednéj z metod, któréj byłby przypadł w udziale przypadek mniéj szczęśliwy! Niesłusznie więc odmawiają laryngoskopiści wszelkiéj wartości tak zwanym aprioiystycznym rozumowaniom i przypuszczeniom, a przypisują w téj mierze znaczenie rozstrzygające tylko cyfrom, jakie podaje Mackenzie. Atoli te aprioiystyczne rozumowania, które przypisują tyreotomii większą pewność pod względem zabezpieczenia chorego przed recydywą, znajdują poparcie w dość licznych przypadkach zapisanych w literaturze. Mając na względzie przypadki t. zw. papilomatów, których skłonność do powrotu ogólnie jest znaną, mogę przytoczyć z literatury dość liczne przykłady zupełnego usunięcia tychże za pomocą tyreotomii, bez recydywy po dłuższym przeciągu czasu, w obec których przypadek przypadek pierwszy z kazuistyki Schröttera bardzo niekorzystnie się przedstawia. Chora (z kazuistyki Navratila l. c. str. 146) E. K. (I. przy-

padek) przedstawiła się po wycięciu papilomatów w krtani przez tyreotomiję w 10 miesięcy, a powtórnie w 6 miesięcy później; w obu razach stwierdzono zupełne wygojenie bez recydywy. Chora E. Sz. (l. c. str. 164, 2 przyp.) przedstawiła się także dwakrotnie po operacyi i także u niéj przekonano się o zupełném wygojeniu bez recydywy. Toż samo miało miejsce w przypadku Czernego, oraz w moim pierwszym przypadku, który był całkiem podobny do przypadku Schröttera; listownie dowiedziałem się od ojca choréj w kilka miesięcy po jéj wydaleniu ze szpitala, że jest zupełnie zdrową i głos ma czysty.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

II. O zachowaniu się chorych syfilitycznych podczas leczenia wcieraniami rtęciowemi.

Podał Dr. **Ż. Krówczyński** we Lwowie.

(Rzecz czytana w Tow. Lek. Galic.)

(Dokończenie. Patrz Nr. 51.)

Powiększenie wydzielin musi koniecznie za sobą pociągnąć zwiększone przyswajanie, jak rozchód wymaga przychodu; a im większy jest rozchód, tém większy powinien być przychód, jeżeli organizm nie ma cierpieć na niedobór. Zwiększona czynność wydzielnicza organizmu wskazuje na przyspieszenie odnowy, w któréj istniejące pierwiastki ulegają szybciéj przeobrażeniu wstecznemu, a ostatnie zmusza organizm do wynagrodzenia utraconych przez przyswojenie nowych pierwiastków ze spożytych pokarmów. Działanie przewłoczne rtęci możemy studyjować na robotnikach w kopalniach merkuryjuszu, a autorowie którzy badania swoje nad rtęcicą przewłoczną ogłosili, godzą się na to, że tém trudniéj ulega przykremu cierpieniu robotnik, im więcéj używa świeżego powietrza, im większą zwraca uwagę na czystość, im lepiéj się odżywia i im więcéj używa ruchu fizycznego, czyli innemi słowy: rtęć tém mniejszą wyrządzi krzywdę człowiekowi zdrowemu, w im korzystniejszych warunkach znajduje się tenże, i im łatwiéj organizm wynagrodzić może pierwiastki utracone. Niepodobna zaprzeczyć, że schorzali, u których rtęcica przewłoczna wywołała znaczne zmiany, łatwiéj zapadają na zdrowiu, bo przecież, gdy deficyt z jakiegokolwiek powodu powstaje, organizm staje się mniéj odpornym. Jak więc objawy nerwowe w przebiegu rtęcicy powstające należy odnieść poprostu do zboczeń w odżywieniu mózgu i rdzenia, tak gościec rtęciowy niewątpliwie zależy od zboczeń w odżywieniu, i udary mózgu, które zdarzać się mają szczególniéj w ostréj rtęcicy, powstają z nieprawidłowego odżywiania ścian naczyń mózgowych. Umyślnie wspomniałem o gośćcu rtęciowym i udarach mózgowych, bo te cierpienia często kładą lekarze a szczególniéj przeciwnicy rtęci na karb działania zimna lub używania powietrza świeżego u syfilitycznych, leczonych rtęcią. Z tego co autorowie podają o działaniu rtęci u robotników w kopalniach merkuryjuszu wynika, że nie tylko nie narażamy ludzi z przewłoczną rtęcicą na szkodliwe wpływy, gdy zezwalamy na odpowiednie odżywienie, ruch, zwykłe zmiany ciepłoty i oddychanie świeżém powietrzem, ale przeciwnie odwlekamy chwilowo lub zupełnie usuwamy wystąpienie choroby; a że leczenie kiły wcieraniami nie jest czém inném jak zatruciem chroniczném i tém się tylko różni od rtęcicy przewłocznéj, że przy użyciu wcierań działanie jéj jest słabe i krócéj trwające, zatém nie minę się z prawdą, twierdząc, że używanie rtęci w postaci wcierań nie wymaga niezbędnie zmiany zwykłego trybu życia, jeżeli kiła wraz z rtęcią nie zmienia tak dalece warunków prawidłowego rozwoju organizmu, iż to, co dla dotkniętych kiłą i rtęcicą przewłoczną jest prawdą, przestaje nią być przy połączeniu obu czynników. Z porządku wypada nam rozebrać działanie rtęci u syfilitycznych, zapytujemy więc farmakologów jak ona działa, czyli odwołujemy się do faktu, na który wszyscy farmakologowie się godzą, że przyspieszonéj odnowie zawdzięczamy ustępowanie objawów kiły.

Zamiast szczegółowo przytaczać, a właściwie powtarzać, jak rtęć działa, o czém powyżéj obszernie mówiono, ograniczam się do ogólnikowego wyrażenia „przyspieszona odnowa“ w przekonaniu, że rzecz rozważana nie utraci nic na zrozumiałości, a zyska na zwięzłości. Ale może przyspieszona odnowa organizmu kiłowego, który właśnie z powodu zakażenia jest mniéj odpornym, nakazuje nie narażać na zmiany zwykłego trybu życia. Niewątpliwie kiłą dotknięty jak każdy cierpiący na chorobę chroniczną, łatwiéj zapadać powinien i zapada na zdrowiu, bo organizm jego jest mniéj odpornym, a przeto nierozsądną byłoby rzeczą narażać kiłowych na szkodliwości. Alež umiarkowanego ruchu, pożywnéj odpowiedniéj dyjety, oddychania świeżém powietrzem itp. warunków niezbędnych do rozwoju każdego organizmu zdrowego, a tém więcéj chorobą przewłoczną dotkniętego, nie mamy prawa uważać za czynniki szkodliwe. Odnowa zawsze wymaga przyswajania, a to tém łatwiéj wynagrodzi ubytek, w im korzystniejszych warunkach organizm się rozwija i w miejsce zużytych tkanin nowe pierwiastki sobie przyswaja. Zdaje mi się, że w niezwykłym sposobie leczenia, jakim są wcierania, a mianowicie smarowania większych obszarów skóry, nie możemy upatrywać niezwykłych warunków i że smarowanie nie zmienia wcale działania rtęci, że tak powiemy fizyjologicznego. Porównywając działanie rtęci przy wewnętrzném użyciu i zewnętrznie stósowanych wcieraniach, widzimy różnicę tylko w sile działania, które w ostatnim razie jest bez porównania energiczniejsze. Zadaleko odbieglibyśmy od przedmiotu głównego, gdybyśmy mieli dowodzić, że nacieranie skóry rtęcią nie usposabia ani do chorób skórnych ani do gośćca; nie wspominam, ma się rozumieć, o zaczerwienieniu i wyprysku, jaki podczas wcierań zauważać można, a które powstają tylko z powodu drażnienia mechanicznego. Jeżeli więc rtęć wewnętrznie użyta zmienia się pod wpływem soku żołądkowego na sublimat, który powstaje także za pośrednictwem kwasów gruczołów skóry, a sublimat łącząc się z białkiem przechodzi przez znane zmiany; jeżeli, powtarzam, przemiany rtęci w obu razach są jednakowe, to i w działaniu nie powinniśmy znaleść żadnéj różnicy z wyjątkiem siły działania. Aby odeprzeć możliwe zarzuty, jakoby wcierania usposabiały do chorób skórnych lub gośćca, odwołujemy się do doświadczenia, które wykazuje, iż wspomnione choroby bynajmniéj nie są częstsze u tych, którzy przy wcieraniach zachowują się według wskazówek szkoły montpellierskiéj, aniżeli u tych, którzy przestrzegają przepisów Sigmunda. Odwołując się do badań czynionych nad rtęcią stwierdzamy, że ona nie usposabia ani do chorób skórnych ani do gośćca, który w przebiegu kiły, szczególnie nie leczonéj, bardzo często występuje i niewątpliwie zakażeniu kiłowemu początek zawdzięcza. Po odparciu zarzutu co do gośćca i chorób skórnych, że rtęć przy zwykłym trybie życia nie wywołuje szko-

dliwego wpływu u kiłowych, moglibyśmy sięgnąć po dowód do obozu przeciwników szkoły montpellierskiéj; wszakże Sigmund i jego zwolennicy zostawiają zupełną wolność chorym, przy leczeniu przetworami wewnętrznemi rtęci nie szczędzą pokarmów, ani wzbraniają używać powietrza świeżego, ale podają je bez obawy, w przekonaniu że i wewnętrzne użycie rtęci usuwa przypady i leczy kiłę działając w ten sam sposób, co wcierania szaruchy w skórę. A jednak wewnętrzne użycie przetworów rtęciowych więcéj naraża organizm chorego, albowiem utrudnia leczenie choroby wywołując nieżyt przewodu pokarmowego, które to cierpienie równie jak kiła opóźniając odnowę organizmu zawsze jest bardzo niepożądaną komplikacyją.

Ścisłość dowodu wymaga rozbioru działania ruchu powietrza świeżego i ciepłoty na organizm zdrowy i chory, a szczególniéj na organizm syfilitycznego; ponieważ jednak czytelnik zna dokładnie to działanie, nie będę go nużył przytaczaniem znanych rzeczy, zaznaczę tylko że ogółem biorąc warunki wśród jakich znajduje się kiłowy, leczony sposobem Sigmunda, są mniéj korzystne aniżeli warunki, jakiemi szkoła montpellierska się posługuje. Różnicę stanowi to, że przepisy Sigmunda bardziéj przyspieszają odnowę organizmu, nie zezwalając na pokrycie deficytu z leczenia powstałego tkaninami wytworzonemi w warunkach prawidłowych i korzystnych. Nie widząc ze stanowiska teoretycznego ujemnych stron postępowania szkoły montpellierskiéj, zapytajmy się, co wykazuje doświadczenie codzienne wyznawców tejże szkoły.

Niestety nie mogę się odwołać do żadnéj pracy statystycznéj, dowodzącéj liczbami, która z metod uwieńczoną została rezultatami korzystniejszemi, a gdyby nawet taka praca istniała, wartość jéj byłaby bardzo względną. Zwolennicy szkoły montpellierskiéj wytrwale broniąc przyjętéj metody, składają dowód, że z rezultatów leczenia tym sposobem są zadowoleni, a zalecając takową wskazują, że zarzutów robionych téj metodzie nie uważają za słuszne. Oprócz częstego powstawania gośćca, o którym powyżéj wspomniano, najcięższym zarzutem jest ten, że postępowanie lecznicze szkoły montpellierskiéj przewleka chorobę. Niewątpliwie uderzy to czytelnika, że ten sam zarzut, jaki spotyka Sigmunda ze strony Simona, jest zarzutem czynionym przez wyznawców metody Sigmunda postępowaniu szkoły montpellierskiéj. Sigmund w obronie swéj wykazał, że ślinotok nie jest niezbędnym, ale najczęściéj bardzo szkodliwym czynnikiem w leczeniu kiły i odmawia mu tak prognostycznego jakoteż terapeutycznego znaczenia; ale w wyjątkowych przypadkach nawet przy objawach lekkiego zajęcia zezwala przecież robić wcierania. Nie tylko jednak w ślinotoku ale i w innych poleceniach Simona, jak np. w wcieraniach wielkich ilości szaruchy, upatruje z wszelką słusznością Sigmund ujemne strony, a temi są właśnie zanadto przyspieszona odnowa, która bardzo często niepowetowane szkody wyrządza. To co Sigmund wypowiada w obronie własnéj, tém walczy szkoła montpellierska przeciwko zarzutom robionym przez naśladowców Sigmunda, kładąc nacisk na to właśnie, że ich postępowanie najmniéj przyspiesza odnowę, a zarazem najkorzystniejsze przepisuje warunki dla wynagrodzenia utraty tkanin. Nie odpiera ona więc zarzutu przewlekania choroby, ale przeciwnie uważa go jako stronę dodatnią postępowania leczniczego. Gdyby leczenie kiły zasadzało się tylko na przyspieszonéj odnowie i było głównym celem, a wynagrodzenie utraconych tkanin było zadaniem ubocznem, natenczas postępowanie zalecane przez Simona zasługiwałoby na pierwszeństwo; ponieważ jednak leczenie wymaga bacznéj uwagi, tak na przyspieszenie odnowy, jak i na wynagrodzenie, przeto ta metoda zasługuje na pierwszeństwo, która dba o to, aby deficyt powstały przez użycie rtęci w zupełności został pokryty przychodem.

Jeżeli więc stanowczo i wyłącznie ku jednéj metodzie leczniczéj zwrócićby się należało, trzebaby wybrać metodę montpellierską. Gdy jednak nie w metodzie, ale jak to starałem się udowodnić, w prawie fizyjologiczném, na którém rozwój organizmu polega, spoczywają wskazówki lecznicze, przeto żadnéj metodzie nie służy pierwszeństwo, bo każda z nich zbyt ogólnikowe zajmuje stanowisko.

Powyżéj wspomniałem, że Sigmund wyjątkowo pozwala wcierać mimo zajęcia jamy ustnéj, a wykazując różnicę jaka zachodzi w postępowaniu Sigmunda i szkoły montpellierskiéj, zauważyłem, że to co do wyjątków w metodzie S. należy, jest prawidłem dla wyznawców skoły montpellierskiéj, która jednak zezwala i uważa za niezbędne wyjątkowe postępowanie, będące znowu prawidłem metody S. Otóż to właśnie dowodzi, że zwolennicy obu metod czuli braki jakie usunąć można tylko n a j s k r u p u l a t n i e j s z é m i n d y w i d u a l i z o w a n i e m, a które jest przeciwstawieniem leczenia metodycznego.

A więc nie należy się ślepo trzymać metod, chociażby przez największe powagi zalecanych i wiekami uświęconych, ale kierować się w leczeniu p r a w e m f i z y j o l o g i c z n e g o r o z w o j u o r g a n i z m ó w z s z c z e g ó l n é m u w z g l ę d n i e n i e m o r g a n i z m u c h o r o b ą d o t k n i ę t e g o; takie postępowanie daje nam niewątpliwie największą gwarancyję, że przez przyspieszenie odnowy uwolnimy organizm syfilitycznego od niekorzystnego wpływu przyrzutu chorobowego, a utracone tkaniny nagrodzimy pierwiastkami zdrowemi, które powstać muszą, gdy organizm znajduje się w korzystnych dla rozwoju warunkach.

Bardzo usprawiedliwionym zarzutem, jaki wypływa z przewlekania choroby, a który szczególniéj i najsilniéj dotyka zwolenników szkoły montpellierskiéj, jest, że dowolność pozostawiona kiłowym najwięcéj przyczynia się do rozszerzenia tego cierpienia. Każdy z własnego doświadczenia przyzna, że lekkomyślność syfilitycznych, która niestety bywa często bez granic, winna ograniczać postępowanie lekarza, który mając dobro chorego na celu nigdy przy tém zapominać nie powinien o drogach, jakiemi kiła się szerzy; szczytniejszym od leczenia obowiązkiem lekarza jest zapobieganie chorobom. Ponieważ jednak zarzut ten nie należy ściśle do przedmiotu omawianego, a w każdym razie nie zmienia racyjonalnych wskazówek leczniczego postępowania, wypływających z fizyjologicznego prawa rozwoju organizmów, przeto możemy się ograniczyć do stwierdzenia, że i o tym zarzucie nie przepomnieliśmy.

Na zakończenie może nie będzie od rzeczy, jeżeli w krótkości porównam wszystkie metody, jakich używano w leczeniu kiły, aby zaznaczyć i skreślić kierunek w jakim leczenie postępuje. Najpierwéj starano się silnemi ślinotokami czyli bardzo przyspieszoną odnową usunąć zakażenie kiłowe, późniéj przekonawszy się o szkodliwym wpływie zbyt przyspieszonéj odnowy przy niekorzystnych warunkach dla rozwoju organizmu, pofolgowano w podawaniu za wielkich dawek rtęci, bez przynoszenia korzystnych warunków dla chorego. Wreszcie zarzucono ślinotok, a z nim zbytnie przyspieszenie odnowy, a starania zwrócono ku ulepszeniu warunków, wśród których leczony ma pozostawać, nakoniec zrobiono krok daléj i

to zdaje mi się na korzyść chorych. Tym krokiem jest podawanie bardzo umiarkowanych dawek rtęci dla pobudzenia odnowy, przy równoczesném zwróceniu uwagi na higijeniczne warunki, których zadaniem jest ułatwienie organizmowi zastąpienia utraconych pierwiastków pod wpływem przyrzutu kiłowego powstałych takiemi pierwiastkami, które wyróżniają się większą od pierwszych trwałością i żywotnością. Oto w krótkich słowach dzieje używania wcierań szaruchy i dzieje leczenia kiły rtęcią, które nie tylko pouczają nas o kierunku, w jakim leczenie od najdawniejszych czasów postępowało, ale wskazują zarazem przyszły kierunek potrzebnych zmian i ulepszeń.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. A. Lesser (w Berlinie): **O wartości próby usznéj.**

Czytelnicy Przeglądu Lek. znają dokładnie historyję próby usznéj, po części z rozprawki mojéj ogłoszonéj w r. 1875, po części zaś ze sprawozdania z prac późniejszych, umieszczonego w r. 1877; przypomną sobie więc, że kończąc sprawozdanie wyraziłem zdanie, że otyjatrzy nie zgadzają się co do stanu, w jakim ucho środkowe znajduje się u noworodka, że kwestyja jeszcze jest otwartą, a dopiero po jéj ostatecznem rozstrzygnięciu pokaże się, o ile podstawa próby usznéj jest silną lub wątłą, że jednak w każdym razie próba ta pod względem sądowolek. nie odpowiada wygórowanym oczekiwaniom Wendta, które popierali zrazu i lekarze sądowi. Obecnie podaję do wiadomości szan. kolegów wynik badań czynionych w tym kierunku przez Dra Lessera, asystenta w zakładzie sądowolekarskim w Berlinie (*Viertelj. f. ger. Med. 1879, Januar*, str. 26—64). Autor badał 13 dzieci martwo urodzonych, 16 dzieci, które wprawdzie urodziły się żywemi, jednak nie długo po urodzeniu się umarły, a wreszcie 13 dzieci, które żyły po za łonem macierzyńskiém przez kilka godzin do kilku dni, razem więc 42 przypadków, i zestawiwszy nasamprzód wyniki sekcyj, uwzględniające: *a*) czas, który upłynął od śmierci aż do sekcyi, *b*) długość i ciężar dziecięcia, *c*) okoliczność, czy dziecko żyło po za łonem macierzyńskiém, lub nie, *d*) czy płuca, żołądek i jelita zawierały powietrze, lub nie, *e*) treść przełyku, krtani, tchawicy i oskrzeli, *f*) stan błony śluzowéj i treści jam bębenkowych, a wreszcie *g*) okoliczności, wśród których dziecko znaleziono, dochodzi do następujących wniosków:

1) Płody martwo urodzone, które mają przynajmniéj 7 miesięcy, (a począwszy od tego terminu płody wyłącznie prawie stają się przedmiotem dochodzenia sądowolekarskiego), posiadają jamy bębenkowe napełnione płynem. Płyn ten jest rzadki, jasno-żółty, czasem czerwony, mętnawy z powodu mieszczących się w nim czerwonych ciałek krwi, przybłonka jamy bębenkowéj, komórek przyskórkowych i komórek okrągłych stłuszczonych; rzadziéj znachodzą się w nim: barwik żółciowy, meszek, kryształki cholestearynowe.

2) Treść jam bębenkowych nie jest tak dalece identyczną z treścią dróg oddechowych, aby usprawiedliwioném było przypuszczenie, że jedna i druga treść pochodzi z jednego i tego samego źródła, to jest, że jedna i druga dostała się równocześnie do ucha środkowego i płuc skutkiem ruchów oddechowych śródmacicznych.

3) Stan ten ucha środkowego nie zmienia się w skutek kilku oddechów pozamacicznych.

4) Dopiero po kilkogodzinném oddychaniu znachodzi się w uchu środkowém obok płynu i powietrze. Szybkość atoli, z którą płyn ustępuje miejsca powietrzu, nie pozostaje w stałym stósunku do długości trwania życia pozamacicznego.

5) Oddychanie śródmaciczne nie wywołuje zmiany w składzie treści jam bębenkowych; składniki bowiem potoku znachodzą się w uszach środkowych tak płodów, które nie oddychały, jakoteż noworodków asfiktycznych.

Następnie autor rozbiera pracę Wendta i dowodzi, że twierdzenie jego, jako u płodu, który nie oddychał, jamy bębenkowe wypełnione są błoną śluzową galaretowato nacieklą, spoczywa na bardzo słabych podwalinach. Że w obec tego uderzającego wyniku badań autora, wszystkie inne prace w tym przedmiocie, a mianowicie: Wredena, Moldenhauera, Schmaltza, Tröltscha i E. Hofmanna uległy ostréj krytyce, zbyteczną byłoby wykazać, a gdy zdaniem autora próba uszna co najwięcéj, choć i to nie zawsze, wykazać może, że dziecko umarło w kilka godzin po urodzeniu się, gdy wreszcie według niego obecność składników potoku w uchu środkowém nie dowodzi oddychania śródmacicznego, wywołanego przez duszenie się płodu, więc rzeczą jest jasną, że i moje przypuszczenie, że próba uszna świadczyć może o tém, że przyspieszenie porodu było wskazaném, staje się bezzasadném.

Zdaje się, że Lesser zadał cios śmiertelny próbie usznéj jako t. zw. próbie, mającéj wykazać żywe urodzenie się dziecięcia, oczywiście, jeżeli późniejszy badacz nie dojdzie znów do rezultatu innego. Historyja jednak téj próby rzuca wcale niekorzystne światło na tegoczesne „badania." Jeden po drugim badacz ścisły za pomocą noża i mikroskopu dochodzi do wręcz przeciwnych, już nie wniosków, ale nawet wyników, tak że obecnie po długiém ścisłém badaniu znowu nie wiemy, czy istnieje u płodu jama bębenkowa, lub czy jama wypełniona jest pokładem galaretowatym, błoną śluzową obrzękłą, przekrwioną itd. A przecież nawet Dr. Gellé w pracowni prof. Béclarda w Paryżu liczne robił doświadczenia i potwierdził w zupełności twierdzenia Wendta, o których niby nic nie był wiedział!

Ponieważ jednak sam Lesser przypuszcza, że próba uszna może być przydatną ku stwierdzeniu śmierci z utonięcia (pozamacicznego), uważam za stósowne podać wyniki doświadczeń, które za moją poradą czynił w r. 1877 kol. Dr. Ponikło w tutejszym zakładzie patol.-anatomicznym. Rozchodzi się o to, czy woda nie może dostać się przez trąbkę Eustachego do jamy bębenkowéj wtedy także, jeżeli człowiek po śmierci dopiero dostał się do wody. Hofmann na podstawie dwóch doświadczeń zrobionych na dzieciach, które po śmierci umieszczał w roczynie wodnym żelasinku potasu, oświadczył się przeciw téj możebności (*Viertelj. f. ger. Med. 1873.*). Dr. Ponikło czynił 15 doświadczeń zanurzając głowy trupów w namienionym roczynie przez przeciąg czasu od 16 — 24 godzin, a w celu ułatwienia wejścia płynu do jamy ustnéj utrzymywał jamę tę rozwartą za pomocą knebla„ drewnianego. Po otwarciu jam bębenkowych wyciągał z nich płyn za pomocą rurek włosowatych i takowy badał mikrochemicznie przy dodaniu roczynu siarkanu miedziowego, a w żadnym przypadku oddziaływanie na błękit niebieski nie występowało. Co większa, nie było reakcyi nawet i wtedy, gdy w kilku przypadkach poprzednio wypiłował klin cienki, obejmujący całą część skalistą i otwór gardłowy trąbki Eustachego i klin ten zanurzał w roczynie

przez 24 godzin, podczas gdy najmniejsza część miazdry zeskrobana ze skóry zwłok zanurzonych oddziaływała wyraźnie. Wynik ten ujemny przemawia bardzo za tém, że próbie usznéj nie można odmówić znaczenia w sprawdzaniu śmierci z utonięcia. *L. Blumenstok.*

Prof. F. Nawrocki: **Dalsze poszukiwania nad wpływem nerwów na wydzielanie potu.**

Autor podaje dalsze wyniki swych doświadczeń fizyjologicznych, przedsiębranych na kotach w celu zbadania i ocenienia wpływu nerwów i ośrodków nerwowych na funkcyję wydzielania potu. I tak co do miejsca wyjścia włókien nerwowych potnych z rdzenia pacierzowego, uważa przednie korzenie rdzenia pacierzowego, przechodzące przez czwarty piersiowy krąg, za punkt wyjścia nerwów potnych dla odnóg górnych, przednie zaś korzenie przechodzące przez ostatni krąg piersiowy, pierwszy i drugi lędźwiowy, za punkt wyjścia takichże nerwów dla odnóg dolnych.

Ze względu na pytanie, czy włókna nerwowe przewodniczące wydzielaniu potu pochodzą wyłącznie z nerwu współczulnego, lub w części także z samego rdzenia pacierzowego, (pytanie poruszone przez Luchsingera, Adamkiewicza i Vulpiana) trwa przy wyrażoném już dawniéj przez siebie twierdzeniu, że pochodzą one wyłącznie z nerwu współczulnego i że przechodzą wszystkie przez zwój gwiaździsty czyli pierwszy piersiowy tegoż: albowiem po wycięciu lub przecięciu tego zwoju, nawet najsilniejsze drażnienie korzenia rdzenia pacierzowego nie wywoływało nigdy potu w odnośnych częściach.

Wreszcie broni podanego już dawniéj przez siebie ośrodka dla nerwów potnych w rdzeniu przedłużonym, gdyż w żadném z licznych jego doświadczeń nie udało mu się po przecięciu rdzenia pacierzowego na wysokości pierwszego kręgu szyjnego, ani wprost ani drogą zwrotną, wywołać potów w odpowiedniéj części (*Medycyna* T. VI. 39. 1878.)

Dr. Poniklo.

Th. Defresne: **Pankreatyn i jego działanie.**

Sposób działania soku trzustkowego stał się w ostatnich czasach przedmiotem badań chemicznych i fizyjologicznych; Tiedemann i Gmelin oznaczyli pierwsi bliżéj skład jego chemiczny, w drugim dziesiątku lat naszego stulecia, wykazując zarazem, że sok trzustkowy przyczynia się do trawienia resztek potraw niestrawionych w żołądku. Według badań tych autorów składa się sok ten z 91·72% wody, 3·5% ciał białkowatych, 3·90% ciał rozpuszczalnych w wyskoku, a 1·5% ciał rozpuszczalnych w wodzie. Purkinje i Pappenheim stwierdzili w r. 1836 rozpuszczalność białka w zakwaszonym rozczynie soku trzustkowego; Magendie, Rayer, a potém Kl. Bernard wykazali, że sok trzustkowy oddziaływa alkalicznie i zamienia skrobię w cukier, podobnie jak ślina. Później na podstawie doświadczeń udowodnił Donders, że sok trzustkowy potrafi zamienić w cukier skrobię zawartą w niestrawionych resztkach pokarmu, co stanowi w fizyjologii trawienia fakt wielkiéj donioslości. Wkrótce potém wykazał Eberle że sok trzustkowy zamienia tłuszcze w zawiesinę i ułatwia tym sposobem ich wessanie.

Fakta tego rodzaju obudzić musiały wkrótce myśl poprawienia trawienia za pomocą soku trzustkowego, wprowadzanego drogą sztuczną do ustroju, a profesorowi Chanoin w Lyonie zawdzięczamy pierwsze pod tym względem usiłowania. W Niemczech zdołał Leube zwrócić powszechną baczną uwagę na działanie terapeutyczne soku trzustkowego zalecając karmienie sztuczne za pomocą enem z trzustki posiekanéj. Mimo to jednak sok trzustkowy nie odgrywał takiéj roli w skarbcu leków jak pepsyn, i nie zdołał wejść w powszechne, codzienne użycie. Najważniejszą w tym względzie przeszkodę stanowiła skłonność do szybkiego rozkładu przetworu tego, który nadto tylko z trudnością wytwarzać się udawało w stanie czystym, a wreszcie nie można było ściśle oznaczyć, w jakiéj formie przetwór ten wyrabiać należy, aby najlepiéj zdołał rozwinąć skuteczne swe działanie.

Dopiero w ostatnich czasach aptekarz francuski Defresne zachęcony rozprawami naukowemi odbytemi w akademii lekarskiéj nad tym przedmiotem, przedsięwziął liczne doświadczenia z trzustką, chcąc wytworzyć przetwór któryby nie ulegał szybkiemu rozkładowi, dał się łatwo używać w handlu, a obok tego rozwijał takie samo działanie, jak trzustka w świeżym stanie. Po wielu doświadczeniach udało mu się sok trzustkowy przez ogrzanie odparować czyli zamienić w przetwór suchy, który przy ciepłocie 45° poddał wytrawianiu w eterze przez 24 godzin, a rozczyn eteryczny w końcu odparowany za pomocą prądu powietrza ogrzanego, wydał proszek żółtawy, posiadający pod względem fizyjologicznym te same własności, co i trzustka. Proszek ten, zwany pankreatynem, rozpuszcza się z łatwością w wodzie, a z rozczynu wodnego strąca go znów wyskok, jednakowoż osad ten z łatwością rozpuszcza się w nadmiarze wody; do 70° C. pankreatyn nie ulega rozkładowi.

Z proszkiem tego rodzaju przedsiębrano doświadczenia chemiczne i terapeutyczne. Kwasy zgęszczone i alkalija zmieniają działanie rozczynu pankreatynowego; jednakowoż odczynniki te w stanie mocno rozcieńczonym wpływają tylko na oddziaływanie rozczynu, które staje się słabo kwaśném lub słabo alkaliczném, a stan tego rodzaju sprzyja bardzo działaniu przetworu, gdyż i w stanie prawidłowym sok trzustkowy najlepiéj rozwija działanie, kiedy się żółć alkaliczna pomięsza z kwaśną miazgą pokarmową, stanowiąc razem mięszankę oddziaływającą słabo kwaśno, w któréj ferment trzustkowy największą okazuje siłę fermentacyjną. (*Wiener med. Wochenschr.* 1878 Nr. 50). *Obt.*

W. Odermatt: **O tworzeniu się fenolu przy gniciu istót białkowatych.** *(Inaug. Diss. Bern 1878.)*

Prace Baumanna, Nenckiego i Briegera wykazały, iż fenol jest stałym produktem sprawy rozkładowéj kału w jelicie grubém przebiegającéj. Nadto badania chemiczne Briegera i Salkowskiego stwierdzają, iż ilość wytworzonego i w pewnym danym przeciągu czasu z ustroju wydzielonego fenolu jest nader zmienną i od rozlicznych warunków zawisłą; gdy w prawidłowym stanie ustroju ludzkiego ilość fenolu wydzielonego w 24 godzinach wynosi około 0·015 gramm, może ona w niektórych stanach chorobowych, jak w zapaleniu otrzewnéj, posocznicy i t. p. wynosić znacznie, nawet kilkadziesiąt razy więcéj. Wzmożenie się ilości wydzielonego fenolu jest bezsprzecznie oznaką nasilenia się sprawy gnilnéj w organizmie.

W celu tedy zbadania bliższego warunków wpływających na ilość wytwarzającego się przy rozkładzie istót białkowatych fenolu, podjął autor w pracowni prof. Nenckiego w Bernie szereg doświadczeń, poddając gniciu ciała białkowate, jak białko z jaj, miąższ trzustki zwierzęcéj, białko

krwi, włóknik tudzież mięśnie prążkowane wśród ciepłoty od 35 — 40° C. przez przeciąg czasu od 1½ do 20 dni oraz oznaczając ilościowo przez przekroplenie i strącenie za pomocą wody bromowéj otrzymany fenol w postaci krystalicznego trójbromku fenolu. Równocześnie zwracał uwagę na ilość tworzącego się indolu i stosunek ilościowy obu tych ciał w różnych warunkach: 1) że ilość wytworzonego fenolu wzrasta stale w stosunku prostym do przeciągu czasu gnicia, 2) że tworzenie się indolu nie jest wcale proporcyjonalne do ilości wytwarzającego się fenolu, ani też proporcyjonalne do czasu trwania gnicia, gdyż wzmaga się tylko przez pierwsze dni gnicia a następnie zmniejsza a nawet zupełnie ustępuje. Okoliczność ta skłoniła autora do przedsięwzięcia doświadczeń w celu przekonania się, czy przypadkiem w dalszym przebiegu gnicia nie tworzy się fenol z indolu; lecz przez poddanie gniciu nawet stosunkowo znacznéj ilości indolu sztucznie otrzymanego (0·25 na 10·00 istót białkowatych) nie udało się autorowi otrzymać ani śladu fenolu.

Wyniki te mogą być zużytkowane w celach rozpoznawczych w przypadkach chorób, w których sprawa gnilna składników lub wydzielin ustroju jest powiększona.

Dr. Poniklo.

A. Jurasz: **Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu porażeń krtaniowych.**

Autor zwraca uwagę na swoiste upośledzenie mowy, dotąd należycie nie ocenione, u chorych dotkniętych lekkiém porażeniem mięśni zwieraczy głośni, za pomocą którego już bez badania wziernikowego można rozpoznać to zboczenie. Jestto stan mowy niejako pośredniczący między zupełną afonią a chrypką niższego stopnia; chory nie jest w ogóle zdolny brzmienia mowy czysto i dźwięcznie oddawać, lecz wymawia każdy ton w pierwszéj jego fazie zupełnie czysto, w następnych zaś chrypliwie i niedźwięcznie, tak iż mowa jego składa się z szeregu brzmień poczynających się krótkim dźwięcznym tonem, a przechodzących w znacznie dłuższy, nieczysty szmer. U chorych okazujących ten przypad chorobowy, znachodził autor przy badaniu wziernikowém bez wyjątku lekkie porażenie mięśni zwieraczy głośni, cechujące się tém, że głośnia w pierwszéj fazie fonacyi wprawdzie na chwilę dokładnie się zamyka, lecz następnie skutkiem szybkiego osłabienia odnośnych mięśni, oba więzadła lekko się rozstępują, pozostawiając wązką szczelinę trójkątną.

Nadto za względu na obraz wziernikowy napotykany w różnych formach lżejszego porażenia głośni, radzi autor badać krtań nie tylko przy oświetleniu prostém (jak to zwykle czynimy, trzymając zwierciadełko prosto i symetrycznie), lecz także przy oświetleniu boczném, trzymając zwierciadło nachylone na prawo lub lewo. Częstokroć bowiem zdaje się głośnia przy zwykłém badaniu zupełnie domykać przy fonacyi, gdy przy oświetleniu ukośném okazuje się, że jedno lub drugie więzadło głosowe jest nieco opadłe ku dołowi, tak iż powstaje szczelina pionowa, dostrzegalna jedynie z boku. Autor przytacza dwa przypadki chorobowe przez siebie spostrzegane, gdzie długotrwała chrypka polegała właśnie na tym rodzaju lekkiego porażenia głośni. (*Deutsche medizin. Wochenschrift* Nr. 52, 1878). *Dr. Poniklo.*

Riegel i Tuczek (w Kolonii): **Przyczynek do symptomatologii zwężeń tchawicy i oskrzeli.**

Riegel ogłasza wyniki doświadczeń przedsiębranych z kolegą Tuczkiem na królikach, celem przekonania się, jaki wpływ wywiera zwężenie tchawicy i oskrzeli na falowanie parcia ościennego krwi wywołane przez oddychanie. Autor wprzód już przekonał się przy badaniu chorych dotkniętych zwężeniem dróg oddechowych, że falowanie linij krzywych tętna (oznaczonych za pomocą sfigmografu) wywołane przez oddychanie jest tém większe, im znaczniejsze było zwężenie i im większą była skutkiem tego duszność. W miarę, jak się zwężenie zmniejszało, malało również falowanie linij sfigmograficznych tętna. Celem dokładniejszego jeszcze zbadania tego wpływu zwężenia dróg oddechowych, przedsięwziął R. szereg doświadczeń na zwierzętach, których tchawicę zwężał w większym lub mniejszym stopniu i skonstatował, że powyższe prawo wykazujące dobitnie wpływ zwężenia dróg oddechowych na falowanie linij sfigmograficznych tętna, jest ze wszech miar uzasadnioném, co również tablice sfigmograficzne jasno wykazują. Tak więc badania kliniczne zgadzają się zupełnie i otrzymują potwierdzenie przez doświadczenia przedsięwzięte na zwierzętach, z tym dodatkiem, że stopień falowania linij sfigmograficznych odpowiada w zupełności stopniowi zwężenia dróg oddechowych (*Berl. klin. Wochenschr.* 1878, Nr. 50). *Obt.*

M. Czernicki: **Wstrzykiwania podskórne atropinu przeciw wymiotom macinniczym.**

U 15-letniéj macinniczki z kurczami żołądkowemi i wymiotami tak uporczywemi, iż obawiać się należało o życie, okazało się autorowi skuteczném wstrzykiwanie morfinu (0·01) w połączeniu z atropinem (0·005). Morfin sam koił wprawdzie bóle, lecz nie wstrzymywał wymiotów, atropin sam zaś działał wprost przeciwnie. Równie pomyślnie działały takie wstrzykiwania podskórne w jednym przypadku raka żołądkowego. (*Gazette hebd.* 23, 1878.) *D.*

Späth (w Eslindze): **Śmierć po wstrzyknieniu płynu do pochwy.**

Dotąd jeszcze wielu ginekologów przychyla się do zdania, że przy wstrzykiwaniach do pochwy nie może się płyn dostawać przez macicę i trąbki do jamy otrzewnowéj, a zdanie to popiera Spiegelberg nawet wywodami terapeutycznemi. Otóż Späth opisuje przypadek następujący: 22-letniéj zdrowéj zresztą i silnéj kobiecie, przepisano z powodu upławów białych w 10 tygodniu po porodzie wstrzykiwanie do pochwy octanu ołowiowego w stosunku 8 do 500. Płynu tego używała pacyjentka 10 razy za pomocą zwyczajnéj klizopompy. Wśród wstrzykiwania jedynastego, które z powodu nagłego zawołania zrobiła pacyjentka bardzo prędko i mocno, wystąpiły nagle bóle nader gwałtowne w dolnéj części brzucha, omdlenie i zmiana barwy twarzy. Autor zaraz zawołany znalazł przypady nagłego zadrażnienia otrzewny, wśród zapalenia któréj śmierć nastąpiła po 74 godzinach. Przy obdukcyi znaleziono prócz objawów zapalenia na powierzchni zewnętrznéj jelit cienkich aż do pępka miejsca częścią rozsiane, częścią gęsto obok siebie położone, 0·3 do 2,0 cm. w średnicy mające, nieregularne, czarniawe, które łatwo można było odskrobywać. Takież same miejsca czarniawe w macicy ku trąbkom, na więzach szerokich, na otrzewny jajnikowéj. Badanie chemiczne wykryło, iż te miejsca czarniawe pochodziły od siarczka ołowiu. Macica, pochwa i odbytnica nie okazywały żadnego zranienia. Przypadek ten dowodzi, że przy mocném ciśnieniu może bez żadnego zranienia płyn do pochwy wstrzyknięty dostać się przez trąbki do otrzewny,

do czego w przypadku opisanym przyczyniła się niewątpliwie kanka bez otworów bocznych. Z klizopompami trzeba więc ostrożności i lepiéj używać irygatorów. (*Centralbl. f. Gynäkologie. Wiener med. Blätter 39.* 1878. *D.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie II z dnia 15go stycznia 1879 r.

Przewodniczący kol. Ściborowski. Obecnych członków 25.

1) Kol. Ściborowski zagaił posiedzenie dłuższą przemową, w któréj przedstawił zadanie jakie ma do spełnienia Towarzystwo lekarskie, wykazał że toż zadaniom określonym statutem według możności czyni zadość, oraz przedstawił działalność sześciu stałych komisyj. Co do stosunku Tow. lekarskiego względem Tow. lekarzy galicyjskich we Lwowie wyraził się jak następuje: Jakkolwiek Towarzystwo nasze istniejące już przez dłuższy przeciąg czasu, wyrobiwszy sobie pewne stanowisko i mając pod niektóremi względami odmienny zakres działania, nie może się wyrzec swéj samodzielności, może jednak gdzie idzie o sprawy dotyczące dobra kraju, zawodu naszego i w ogóle interesów stanu lekarskiego działać wspólnie z bratniém nam Towarzystwem. Wszakże już i dawniéj Towarzystwo krakowskie występowało wspólnie z Tow. lekarzy galicyjskich w sprawie podań o utworzenie wydziału lekarskiego w Uniwersytecie lwowskim, o założenie instytutu weterynarskiego, w sprawie wynagrodzeń lekarzy sądowych itd. Taką jest obecnie sprawa kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy, wdów i sierót po lekarzach pozostałych, poruszona przez Prezesa Tow. lek. gal. a naszego Członka honorowego, Protomedyka Dra Biesiadeckiego; mam niepłonną nadzieję, że znajdzie się sposób odpowiedni załatwienia téj sprawy z obustronném zadowoleniem przez połączenie się ku wspólnemu działaniu w interesie ogół lekarzy obchodzącym.

Zakończył swą przemowę następującemi słowy: „Oto pole naszego działania, zaiste nie małe; uprawiając je, czynimy zadość naszemu powołaniu. Jeżeli tylko wszyscy koledzy pomnąc na §. 34 i 35 ustawy, uczynią zadość zobowiązaniom, które wstępując do Towarzystwa przyjęli, przyczyniania się do utrzymania i wzrostu Towarzystwa, oraz popierania jego celów, jeżeli każdy z kolegów ważniejsze przypadki i spostrzeżenia jakie mu się nasuną, czy w klinikach uniwersyteckich, czy w sali szpitalnéj, czy w praktyce prywatnéj przy łóżku chorego, czy na stole sekcyjnym, czy wreszcie przy wykonywaniu czynności urzędowych i sądowolekarskich, zechce takowe spożytkować dla dobra nauki i podzielić się niemi z kolegami, jużto na posiedzeniach Towarzystwa i jego komisyj, już za pośrednictwem Przeglądu Lekarskiego, nie zabraknie nam materyjału, spełnimy nasze zadanie, a tém samém odpowiemy godnie wymaganiom, jakie mogą mieć do nas koledzy zamiejscowi, kraj i nauka."

(Dokończenie nastąpi.)

V. List otwarty do szan. Kolegi Dra Krówczyńskiego we Lwowie.

Artykuł szan. Kolegi p. t. „O metodzie leczniczéj zwanéj Goerbersdorfską" pomieszczony w końcu roku zeszłego w Przeglądzie Lekarskim krakowskim, wywołał o ile mi wiadomo żywe dyskusyje na posiedzeniach Towarzystw lekarskich w Krakowie i Lwowie. Dyskusyje owe dowodzą z jednéj strony ważności i żywotności podniesionéj przez sz. Kolegę kwestyi, z drugiéj zaś strony bez zaprzeczenia istotnéj wartości wyżéj wymienionéj pracy szan. Kolegi. Ponieważ kwestyja owa zasługuje na wszechstronny rozbiór, pozwoli sz. kolega, że i ja w niéj głos zabiorę i ośmielę się wyłuszczyć pod tym względem moje zapatrywania, oparte na pięcioletniéj praktyce lekarskiéj specyjalnéj w zakładzie leczniczym dla chorób piersiowych w Goerbersdorfie.

W pracy w mowie będącéj przedewszystkiém sz. Kolega skreśla pokrótce teoryję Brehmera dotyczącą suchot płucnych, teoryję jak wiadomo opartą na twierdzeniu Rokitańskiego i Louisa, jakoby u suchotników istniało względnie małe serce w stosunku do wielkich objętością płuc; stąd więc wynika podług Brehmera, że suchoty płucne *resp.* gruźlica polegają na upośledzoném odżywianiu płuc, a w następstwie całego ciała; gdyż twierdzi daléj Brehmer, małe serce wypycha niedostateczną ilość krwi do płuc, stąd upośledzone odżywianie tego organu, a w następstwie upośledzone odżywianie całego organizmu. Nie tu miejsce rozwodzić się nad jednostronnością owéj czysto teoretycznéj tezy; teoryja owa jak zresztą i wszystkie inne dotyczące suchot płucnych, nie wytrzymuje krytyki racyjonalnéj. Wszystkie te teoryje począwszy od Brehmera a skończywszy na Klebsie, który suchoty płucne zalicza do chorób *par excellence* infekcyjnych, zależnych od zakażenia pasorzytem przez niego nazwanym *monas tuberculosum*, są jednostronne, a przyczyną tego jest, że autorowie ich prawie wyłącznie są anatomo-patologami i tylko na drodze badań pośmiertnych i mikroskopowych starali się wynaleść istotę suchot płucnych, przebiegiem zaś klinicznym i wywodem choroby nie zajmując się wcale. Ztąd też i badacze ci różnorodne i wielce odmienne od siebie formy kliniczne podporządkowali pod jedną rubrykę — gdyż w istocie zmiany ostateczne przedśmiertne, pomimo różnorodnego przebiegu, przedstawiają się mniéj więcéj jednakowo, a więc i badania pośmiertne nie wykazują owych różnorodnych postaci klinicznych. — Badając jednakże przez czas dłuższy wielką liczbę suchotników i śledząc szczegółowo przebieg oraz wywód choroby, bezwarunkowo po pewnym przeciągu czasu, każden dobrze obserwujący lekarz uderzony będzie dziwną różnorodnością postaci klinicznych gruźlicy, tak dalece, że nazwa „suchoty płucne" wyda się nam bezwarunkowo jednostronną; suchoty bowiem płucne przedstawią nam się jako ogromna grupa chorób płuc o różnéj etyjologii i przebiegu, charakteryzująca się tą wspólną cechą, że zmiany ostateczne przedstawiają mniéj więcéj zbliżone do siebie obrazy kliniczne. Aby to jaśniéj wytłumaczyć zacytuję dla przykładu trzy następujące przypadki kliniczne. Naprzód przypadek pospolity: Młodzieniec 20-letni urodził się z matki suchotnicy, siostry i bracia zmarli w dziecięctwie śród objawów t. zw. *meningitis tubercul.* Młodzieniec wychowywał się w jak najlepszych warunkach higijeniczno-dyjetetycznych, gimnastyka, hydroterapija były od młodości stosowane; rozwinął on się dobrze aż do lat dwudziestu, gdy nagle w skutek jakiegoś małego przeziębienia powstaje lekki kaszel, do którego wkrótce przyłącza się gorączka. Badanie fizyczne nie wykrywa objawów nieprawidłowych w organach oddechowych; chory jest leczony energicznie, starannie, nawet natychmiast wysłany zostaje do stacyi klimatycznéj; pomimo to jednak choroba szybko się rozwija a w kilka tygodni mamy wyraźne objawy szybko postępujących suchot płucnych, a więc wyniszczenie zupełne, gorączkę, poty nocne, obfite wykrztuszanie z kaszlem itd; fizycznie znajdujemy objawy zniszczenia tkanki płucnéj, rozlane zgęszczenia itd. Badanie pośmiertne wykaże nam obecność w płucach jam różnéj wielkości, ogniska serowate, gruzełki rozrzucone, miejscami rozwój nadmierny tkanki łącznéj itp.

Weźmy drugi przykład równie pospolity: Człowiek lat trzydzieści kilka liczący opowiada nam, że w rodzinie całéj usposobienie do suchot bezwarunkowo nie istnieje, sam kilka lat temu jeszcze czuł się zupełnie zdrowym, pomimo nader silnego zajęcia umysłowego (nauczyciel, lekarz) w wielkiém niezdrowém mieście. I w tym przypadku jakieś nieznaczne przeziębienie wywołuje kaszel, lekką gorączkę, osłabienie; pacyjent pomimo to nie porzuca swego zajęcia i powoli po kilku tygodniach powraca do zdrowia; pod wiosnę jednak znowu przeziębia się i też same co przedtém objawy powtarzają się, z tą różnicą, że kaszel mocniejszy trwa dłużéj, i bez zmiany utrzymuje się stale. Taki obraz chorobowy trwa lat kilka; pacyjent pomimo to kaszląc i kwękając prowadzi czynne życie pracując nieraz po kilkanaście godzin dziennie. Po kilku latach jednak pacyjent zapada gwałtowniéj, występują u niego groźniejsze objawy, jakoto krwioplucie, gorączka itp.; wówczas widząc widoczne złe, z porady lekarskiéj udaje się latem na kilka tygodni do jakiegoś zdrojowiska górskiego, doznaje tam znakomitéj poprawy, z przybytkiem na wadze, z mniejszym kaszlem, powraca znowu do swych dawnych zajęć, a zimą powtarza się znowu taż sama historyja a latem następuje wyjazd do tegoż samego zdrojowiska, skuteczność jego okazuje się jednakże tym razem mniejszą; chory wprawdzie z poprawą ale nieznaczną powraca do domu, gdzie stan coraz się pogarsza, tak dalece, że już z wielkim tylko wysiłkiem może zajmować się pracą zwykłą, aż wreszcie rozwija się choroba gwałtownie, przedstawiając zwykle objawy hektycznego okresu suchot, które przerywają pasmo życia pacyjenta. W tym przypadku więc dopiero po latach sześciu, ośmiu, a często i późniéj spotykamy ów okres suchot płucnych, które w pierwszym przypadku widzieliśmy już po kilku tygodniach. Obaj ci pacyjenci na kilka dni przed śmiercią przedstawiają prawie ten sam obraz kliniczny, ale jakaż olbrzymia różnica w rozwoju, biegu i skutku naszego leczenia!

Weźmy dla przykładu jeszcze jeden przypadek: Człowiek do lat 60 cieszący się najzupełniejszém zdrowiem; nagle dostaje w skutek wyraźnego przeziębienia zapalenia płuc krupowego; produkt zapalny nie resorbuje się a nieraz w kilka tygodni jesteśmy w stanie fizycznie wykryć objawy zniszczenia tkanki płucnéj obok braku innych oznak hektycznych, nieraz przy stosunkowo dobrym stanie ogólnym; poczekajmy nieco dłużéj, a najczęściéj w pół roku pacyjent umrze śród najpospolitszych objawów suchot płucnych w okresie hektycznym. I w tym przypadku sekcyja wykaże nam jamy suchotnicze, ogniska serowate, nadmierny rozwój tkanki łącznéj itd. Czyż jednak mamy przypadek ten porównywać z przypadkiem pierwszym? czyż możemy przypuszczać, aby u owego starca w skutek obecności małego serca i złego odżywiania płuc dopiero po takim olbrzymim przeciągu czasu wystąpiły następstwa téj dysharmonii, lub czyż można przypuścić, żeby owe pasorzyty suchotnicze *resp.* gruźlicze dla swego rozwoju potrzebowały przedtém pneumonii krupowéj? lub idąc śladem Buhla przypuszczać, że dopiero w 60tym roku u osoby zdrowéj rozwinęła się *pneumonia essentialis desquamativa?* Trzy opisane przypadki zdaje się, że jasno potwierdzają przytoczone wyżéj przezemnie przypuszczenie, że suchoty płucne są wielką grupą chorobową charakteryzującą się w ten sposób, że wspólne ich cechy są mniéj więc analogicznemi zmianami klinicznemi w okresie końcowym.

Wychodząc więc z tego punktu zapatrywania zdaje się, że badanie przyszłe suchot płucnych skierowane być winno ku temu, aby starać się na mocy gruntownych badań anamnestycznych, klinicznych i nekroskopijnych, scharakteryzować bliżéj owe formy suchot, jedném słowem rozbić ową sztuczną grupę na mniejsze, a dopiero wtedy można będzie budować teoryję patogenetyczną tych grup na podstawie wyżéj wskazanych badań. I wówczas kontrolując w każdéj oddzielnéj grupie nasze dotychczasowe lecznictwo suchot, można będzie dojść do pewniejszych, racyjonalnych wskazań dla każdéj z tych grup suchot płucnych. Niestety jednak prace w tym kierunku dziś jeszcze prawie nie istnieją, początek zaledwie stanowią piękne sprawozdania ze szpitala Brompton w Londynie, lecz i te grzeszą jednostronnością pod tym względem, że ogromną większość pacyjentów stanowią ludzie mniéj więcéj jednéj klasy społecznéj, oraz że znaczna liczba przypadków (jak to zresztą ma miejsce we wszystkich szpitalach), odnosi się do końcowych okresów suchot. Nie szpitale więc same, ale głównie zakłady lecznicze dla chorób piersiowych, zakłady w których przebywa publiczność różnorodnych klas i w różnych okresach choroby, są jedynie w stanie dostarczyć przez długoletnie sumienne obserwacyje porządnego statystycznego materyjału w wyżéj przezemnie wspomnianym kierunku. Prace takie nietylko wyjaśnią nam różnorodny przebieg różnych okresów suchot, lecz wskażą jednocześnie odpowiednią teoryję w danéj formie suchot, lub na odwrót wykażą statystycznie ujemne wyniki postępowania w pewnych postaciach suchot.

(Dokończenie nastąpi.)

Ceny niektórych leków w aptekach krakowskich z końca XV i początku XVI wieku.

W zbiorach akademii umiejętności w Krakowie znajduje się Zielnik w języku niemieckim wydany w Moguncyi r. 1485, jak daje się czytać przy końcu, tytułu bowiem brakuje. Był on prawdopodobnie własnością lekarza lub aptekarza zamieszkałego w Krakowie, dowodzą tego bowiem liczne dopiski w języku niemieckim, czynione między r. 1490 a 1527, zawierające uwagi pod względem botanicznym i lekarskim. Oprócz nazwisk polskich dopisywanych przy każdéj prawie roślinie, i wyrazów polskich wtrącanych tu i owdzie w dopiskach niemieckich, zabytek ten ciekawy jest jeszcze z notatek fitofenologicznych, tudzież z podania cen po jakich niektóre rośliny lub przetwory z tychże kupowane były w aptekach krakowskich[1]).

Szczegół ten, który zawdzięczamy życzliwości czcigodnego Prezesa Akademii, prof. Dra Józefa **Majera**, podajemy jako wprawdzie drobny, dosyć jednak ciekawy przyczynek do historyi rzeczy lekarskiéj w Polsce, zamieszczając obok ówczesnych złotych i groszy odpowiednią wartość w walucie dzisiejszéj austryjackiéj.

Bdellium 1 funt po 1 zł. (gold.) (5·49); *Diptamum* funt po 2 gr. (30½); *Emblici* [2]) funt po 6 gr. (91½); *Eufragiae oleum* funt po 8 gr. (1·22); *Euforbium* funt po 12 gr. (1·83); *Euforbii oleum* funt po 8 gr. (1·22); *Galanga* (w Wenecyi) 3 funty po 1 gold (5·49); *Gummi arabicum* funt po 6 gr. (91½); *Gummi arabicum* (w Wenecyi) 5 funtów po 1 gold. (5·49); *Galbanum* funt po 12 gr. (1·83); *Hermodactili* funt po 6 gr.

[1]) Dla przykładu podajemy tu jeden z takich zapisków: *Bdellium nimpot man czu Craco in dij Aptekye 1 funt vor 1 gold.* — [2]) *Ein Frucht der Mirobolonen.*

(91 1/2); *Jusquiami oleum* funt po 4 gr. (61); *Laurinum oleum* funt po 8 gr. (1·22); *Liliorum oleum* funt po 8 gr. (1·22); *Lini oleum* funt po 4 gr. (61); *Laudanum* [1]) funt po 2 gr. (30 1/2); *Maiorana* funt po 2 gr. (30 1/2); *Mastix* funt po 20 gr. (3·5); *Mastix* (w Wenecyi) 3 funty 1 gold. (5·49); *Mastix oleum* funt po 12 gr. (1·83); *Minia* funt po 4 gr. (61); *Mirra* funt po 8 gr. (1·22); *Mirra* (w Wenecyi) 3 funty po 1 gold. (5·49); *Macis* (w Wenecyi) 3 funty po 1 gold. (5·49); *Mirobalani citrini* funt po 6 gr. (91 1/2); *Nux moschata* (w Wenecyi) 3 funty po 1 gold. (5·49); *Olivae oleum* funt po 4 gr. [2]) (61); *Piperis oleum* funt po 4 gr. (61); *Rutae oleum* funt po 4 gr. (61); *Reuponticum* funt po 3 gr. (45 1/2); *Sambuci oleum* funt po 6 gr. (91 1/2); *Dyasatirion* funt po 8 gr. (1·22); *Sebesten* funt po 4 gr. (61); *Sebesten* (w Wenecyi) 4 funty po 1 gold. (5·49); *Semen lumbricorum* [3]) funt po 4 gr. (61); *Sticados arabicum* funt po 6 gr. (91 1/2); *Squinantum* funt po 6 gr. (91 1/2); *Scammonea* funt po 3 gold. (16·47); *Senae folia* funt po 6 gr. (91 1/2); *Senae f.* (w Wenecyi) 8 funtów po 1 gold. (5·49); *Spica nardi* funt po 1 gold. (5·49); *Spica* (w Wenecyi) 1/2 funta po 1 gold. (5·49); *Storax* funt po 12 gr. (1·83); *Storax liquida* (w Wenecyi) 8 funtów po 1 gold (5·49); *Sal ammoniacum* (w Wenecyi) 2 funty po 1 gold (5·49); *Sanguis draconis* 1 funt po 1 gold (5·49); *Sarcocolla* funt po 12 gr. (1·83); *Terra sigillata* funt po 6 gr. (91 1/2); *Tamarindi* 4 funty po 1 gold (5·49); *Turbit* 1 funt po 2 gold (10·98); *Tucia* 1 funt po 1 gold (5·49;) *Violarum oleum* funt po 4 gr. (61).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Choroby nagminne w Galicyi w ciągu grudnia 1878 *).

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem listopada	przybyło	z tych: wyzdrowiało	umarło	pozostało w jeczeniu: chorych	w gminach
Ospa	9	28699	25	189	108	38	68	7
Odra	51	69386	695	2586	1935	274	1072	36
Płonica	57	76016	389	1196	906	259	420	32
Błonica	124	169236	209	1931	1034	915	191	48
Dur brzusz.	17	32590	34	246	165	36	79	10
Dur osutkow.	12	16737	10	271	152	24	105	11
Krztusiec	49	53318	677	2095	1429	203	1140	29
Czerwonka	6	5678	38	43	56	5	20	1

* O zarazie astrachańskiéj (sądzimy, że tymczasowo tak ją nazwać wypada) ciągle dochodzą wiadomości sprzeczne. Od kilku dni niema żadnych depesz telegraficznych, któreby zwiastowały dalsze szerzenie się epidemii; natomiast *W. med. Woch.*, a w ślad za nią *Grazer Tagespost*, donoszą, że zaraza dotarła aż do Niżnego Nowogrodu. Zapewne w skutek tych wieści przerażających, jakkolwiek dotąd urzędowo nie stwierdzonych, deput. Simonyi interpelował rząd węgierski na posiedzeniu Izby poselskiéj z d. 20 bm., czy i jakie środki zaradcze zamierza przedsięwziąść, aby uchronić kraje do korony św. Szczepana należące od grożącego niebezpieczeństwa; na którą to interpelacyję prezes ministrów p. Tisza odpowiedział natychmiast, że rząd węgierski poczyni kroki potrzebne celem nie przepuszczenia zarazy przez granice kraju. W wiedeńskiéj Radzie państwa dep. Dr. med. Roser podobną wniósł interpelacyję, na którą dotąd wprawdzie nie otrzymał odpowiedzi, ale tak dzienniki polityczne, jakoteż i lekarskie twierdzą, że rząd austryjacki przedsięweźmie kroki energiczne, oraz że zawezwał rząd pruski do wspólnego wystąpienia. Równocześnie półurzędowa *Nordd. allg. Ztg.* donosi, że kanclerz państwa niemieckiego nie poprzestał na pisemném wezwaniu rządu austryjackiego do współdziałania, lecz wysłał tajnego radzcę w państwowym urzędzie zdrowia Dra Finkelnburga (byłego profesora higijeny w Bonn) do Wiednia, celem naradzenia się z austryjackiemi władzami sanitarnemi. Zdaje się więc nie ulegać wątpliwości, że oba rządy: niemiecki i austro-węgierski w kwestyi téj zgodnie postępować będą, z czego w interesie zdrowia ogólnego cieszyć się tylko można.

Ostatnie wiadomości telegraficzne z Rosyi są znów bardzo uspokajające. Zaraza podobno ogranicza się do stanicy kozackiéj, Wetlanki, a gubernator podolski donosi, że po za powiatem Jenotajewskim nie było dotąd nigdzie w Rosyi przypadku zarazy.

Kraków, d. 24 stycznia. Według dzisiejszych wiadomości wiedeńskich narady wstępne między Dr. Finkelnburgem a referentem spraw lekarskich w ministerstwie spraw wewn. radzcą dworu Drem Schneiderem i radzcą minist. Breiskim odbywają się już od 2 dni. Dziś rozpoczynają się właściwe narady pod przewodnictwem prezesa ministrów ks. Auersperga; w nich oprócz delegata niemieckiego wezmą udział radzcy dworu Schneider i Gross (z Węgier), oraz radzca lekarski Schneller. Bezpośredniém następstwem tych narad będzie delegowanie dwóch lekarzy (1 z Austryi, a drugiego z Niemiec) do okolic zarazą nawiedzionych. Równocześnie koléj północna Ces. Ferdynanda z dniem jutrzejszym systuje ruch wagonów wprost między Wiedniem a Warszawą kursujących w pociągach pospiesznych Nr. 1 i 2 i osobowych Nr. 11 i 12, tak że podróżujący zmuszeni będą przesiadać się w Trzebini. Natomiast doniesienia urzędowe, nadeszłe z poselstwa austryjackiego w Petersburgu, są nadzwyczaj uspokajające i zaprzeczają stanowczo, jakoby dotąd zdarzył się przypadek zarazy w stacyi kolejowéj Saratowie.

* W mieście Londynie umarło w r. 1878 osób 83,695; z tych umarło 14,734 czyli 18% z różnych chorób zakaźnych; śmiertelność roczna na 1000 mieszkańców wynosiła 23·5 (w Krakowie 37·8.)

Statystyka epidemij. W Londynie umarło w zeszłym tygodniu i zachorowało mniéj osób na ospę. Umarło tylko 12 osób, zachorowało 66. W szpitalach pozostawało chorych na ospę 267 osób. We Wiedniu umarło tyle co i w zeszłym tygodniu, 11 osób, nieco więcéj w Paryżu 10, w Budapeszcie 12, w Dublinie 18, w Warszawie 8, w Petersburgu 54. Zaledwie kilka przypadków pojawiło się w Pradze, w Tryjeście i w Odesie. Płonica rzadszą jest w Liwerpolu, jednakowa w Birminghamie; w Bukareszcie panuje dość silnie płonica i odra. We Wiedniu i w Budapeszcie pada więcéj ofiar z dławca. Niezwyczajnie wiele umarło w Londynie z chorób narządu oddechowego (561 osób) Z Nowego Orleanu doniesiono 14 grudnia r. z. o 1 przypadku śmierci z febry żółtéj. (*Veroeff. d. k. deutsch. Reichsgesundheitsamtes*).

J. B.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 2 (od 5 — 11 stycznia włącznie) umarło w Krakowie osób 43; męż. 23 i kob. 20; w obwodach osób 21, w szpitalach 22; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 39,7; we Lwowie 34,0; w Poznaniu 31,4; w Wiedniu 30,0; w Budapeszcie 40,1; w Pradze 37,0; w Tryjeście 38,2; w Berlinie 27,0; w Wrocławiu 32,7; w Monachijum 27,8; w Dreźnie 22,5; w Lipsku 23,6; w Bazylei 33,1; w Brukseli 21,4; w Paryżu 26,3; w Londynie 27,0; w Kopenhadze 22,6; w Chrystyjanii 15,7; w Petersburgu 43,8; w Odesie 43,0. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 9: z płonicy 1, z dławca 2, z duru brzusznego 1, z duru osutkowego 2, z róży 1, z posocznicy 2. Doniesiono w tymże czasie ze szpitala Braci Miłosierdzia o 1 przypadku duru powrotnego (ze Stradomia), ze szpitala św. Łazarza o 1 przyp. płonicy (z Łobzowa) i z kliniki o 1 przyp. duru brzusznego (z ul. Grodzkiéj z pod L. 113) *J. B.*

* **Kraków**. Na posiedzeniu Rady m. Krakowa z d. 20 b. m. oznajmił Prezydent miasta, że Dr. Lutostański, chcąc dać komisyi podstawę do powzięcia uchwał w sprawie wodociągów, zamierza przedstawić umiejętne i dokładne sprawozdanie ze swych poszukiwań oraz przedstawić wnioski w postaci kilku projektów dla przyszłych wodociągów.

* W myśl uchwały komisyi sanitarnéj miejskiéj z d. 9 bm. (p. Nr. 2 Przegl. Lek.) Magistrat ogłosił odezwę zawiadamiającą publiczność o panowaniu epidemicznem ospy w Bochni i 3 wsiach powiatu bocheńskiego i zwracającą uwagę na

[1]) Dopisek: *Gummi.* — [2]) *In den Cromen* (w kramach) po 3 gr. — [3]) *Wormkrut* (*Wurmkraut*).

*) Jeszcze raz podane z powodu mylnego wydrukowania w przeszłym numerze.

niebezpieczeństwo ztąd miastu naszemu grożące. Zarazem Magistrat wzywa rodziców i opiekunów dzieci, które dotąd nie były szczepione, aby takowe zaraz szczepieniu poddali.

— W obwodzie Iszym odbył lekarz i komisarz obwodowy rewizyję 12 sklepów z naftą. Sklepy znaleziono odpowiednio pod względem bezpieczeństwa od ognia urządzone. Tylko w 2 sklepach zapalała się nafta po ogrzaniu powyżéj 30° R., mianowicie w 1 przy 35° R., w drugim przy 38° R; w trzech po ogrzaniu do 25° R, do 26° R. i do 28° R.; w siedmiu innych zapalała się już przy 20° R., 21° R., 22° R., 23° R. i 24° R. W czterech sklepach sprzedają obok galicyjskiéj także amerykańską naftę i obadwa gatunki w tym samym sklepie okazywały się zapalne prawie przy jednakowym stopniu ciepła.

Urząd targowy miejski od pewnego czasu rozwija czynność należytą i dość często zdaje sprawę z téj czynności, a w szczególności z niszczenia wiktuałów, skonfiskowanych na targu jako dla zdrowia szkodliwych.

* W Nrze 46 Przeglądu Lek. z r. z. wspomnieliśmy, że Namiestnictwo roześle niezadługo instrukcyję dla akuszerek, według któréj każda z nich będzie obowiązaną mieć przy sobie rozczyn 5% kw. karbolowego i że instrukcyję tę otrzymają nietylko akuszerki, ale i lekarze praktyczni. Otóż wiadomo nam, że Magistrat już dosyć dawno instrukcyję tę otrzymał, ale dotąd nie przesłał jéj ani lekarzom, ani akuszerkom. Sądzimy, że rzecz stósowna i pożyteczna nie powinna długo zalegać po biórach.

W téj saméj sprawie prof. Breisky w imieniu stowarzyszenia lekarzy niemieckich w Pradze, wniósł petycyję do ministerstwa spraw wewnętrznych i oświaty, domagając się: 1) aby w kartkach pogrzebowych dla kobiet umieszczoną była rubryka z zapytaniem, czy zmarła była położnicą, i 2) aby zaprowadzono reformę w nauce i instrukcyi dla akuszerek, celem skutecznego zapobiegania gorączce połogowéj.

* Rozporządzenia Ministerstwa sprawiedliwości: *a)* z d. 7 stycznia 1879 r. do L. 17530. W porozumieniu z Ministerstwem spraw wewn. Ministerstwo sprawiedliwości rozporządziło, aby lekarze powiatowi, obecnie stale w Galicyi ustanowieni, za podróże odbywane z polecenia sądów we własnym powiecie, w miarę tego czy należą do klasy IX lub X, pobierali tytułem dyjet kwotę 3 a względnie 2½ złr. w. a. Do powiatu urzędowego należą wszystkie miejscowości znajdujące się w obrębie starostw, w których wedle §. 7 ustępu 3 ustawy z d. 30 kwietnia 1870 r. D. p. p. Nr. 68. lekarz powiatowy pełni obowiązki służbowe na zlecenia starostów.

b) W skutek rekursu jednego z lekarzy sądowych galicyjskich, Ministerstwo sprawiedliwości orzekło reskryptem z d. 21 grudnia 1878 r. do L. 15,570:

1) Że nic nie ma przeciw udzielaniu lekarzom sądowym miernego wynagrodzenia, (w kwocie 1 złr. do 1 złr. 70 kr.), za utratę czasu wynikłą ze stawienia się w szpitalu lub na cmentarzu, jeżeli czynność nie przyszła do skutku.

2) Że w myśl reskryptu Ministerstwa spraw wewn. z d. 21 października 1858 r. do L. 20,112, (który znaleść można w dzienniku rozporządzeń minist. skarbu Nr. 54), za każde powtórne oględziny obrażonego na ciele przyznawać należy lekarzowi tylko należytość 52½ kr. a chirurgowi 26.

3) Że dodatek za sekcyję na trupie zgniłym nie należy się przy każdym stopniu zgnilizny, lecz tylko w razie, jeżeli zgnilizna tak dalece postąpiła, iż trupa w myśl taryfy I rozporządzenia Minist. spraw z d. 17 lutego 1855, D. p. p. 33, za zgniłego uważać można.

4) Że w myśl reskryptu min. spraw z d. 11 sierpnia 1869 do L. 9760 oznaczone zostały warunki, wśród których lekarze mają prawo do pobierania wynagrodzenia za osobne orzeczenie, że więc w każdym szczegółowym przypadku zbadać należy, czy zachodzą te warunki usprawiedliwiające wydanie osobnego orzeczenia, i że samo podanie, że orzeczenie było osobném, żadną miarą nie jest wystarczającém.

5) Ze za założenie opatrunku z powodu złamania kości, uskutecznione przy badaniu cieleśnie uszkodzonego, lekarzowi żadne wynagrodzenie od sądu się nie należy.

(Ograniczamy się na teraz do podania tych rozporządzeń, zastrzegając sobie poczynienie nad niemi uwag naszych, jak skoro nam czas i miejsce na to pozwolą. *Red.)*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 23 stycznia. Namiestnik mianował lekarza powiatowego 2giéj klasy Dra Adolfa Friedberga, lekarzem powiatowym 1széj klasy; asystenta sanitarnego Dra Adolfa Wursta, lekarzem powiatowym 2giéj kl. w Turce; b. lekarza zakładu kulparkowskiego Dra Oresta Litwinowicza, asystentem sanitarnym w Kolbuszowie; przeniósł się zaś na własne żądanie Dra Jana Biesiadeckiego z Wadowic do Jasła, Dra Wojciecha Zennermana z Cieszanowa do Wadowic, a Dra Ferdynanda Obtułowicza z Turki do Cieszanowa.

* Wydział lekarski Uniw. Jagiell. na posiedzeniu swém z d. 17 bm. mianował Dra Stanisława Poniklę asystentem kliniki lekarskiéj.

* D. 6 lutego rb. odbędzie się we Lwowie pod protektoratem p. Namiestnika i p. Marszałka krajowego bal urządzony przez Towarzystwo lekarzy galicyjskich na korzyść funduszu wsparcia wdów i sierot po lekarzach. Towarzystwo lekarzy galicyjskich rozsyła wszystkim lekarzom w Galicyi karty honorowe z zaproszeniem na ten bal, podpisane przez prezesa Towarzystwa protomedyka Biesiadeckiego i prezesa oddziału lwowskiego tegoż Towarzystwa Dra Opolskiego, w nadziei, że przyczynią się choćby skromnemi datkami do powiększenia funduszu wspomnionego. Tuszymy sobie, że odezwa ta nie pozostanie bez skutku, a ze względu na cel w dwójnasób ważny w obec wcale nieświetnego stanu, w jakim w Galicyi znajduje się zawód lekarski, popieramy ją jak najmocniéj i chętnie podejmujemy się zbierania datków od kolegów tutejszych, celem przesłania ich do Lwowa.

* Z powodu wzmianki uczynionéj w numerze 3 Przeglądu Lek. o usunięciu przykréj woni jodoformu za pomocą olejku miętowego, donosi nam Dr. Żebrowski, że już w roku przeszłym wyczytał w *Gazette des Hôp.* (Nr. 41) wiadomość wziętą z *Lancette belge*, że eter rozpuszcza jodoform i pozbawia go przykréj woni; jeżeli się pewną część tego roztworu za pomocą pędzla rozciera na szkiełku, wtedy jodoform przez wyparowanie pozbywa się eteru, a na szkiełku pozostaje warstwa jodoformu bezwonna.

* **Warszawa.** Na posiedzeniu administracyjném Tow. lekarskiego z d. 7 b. m. obrano ponownie na rok bieżący przewodniczącym prof. Hoyera, jego zastępcą Dra Pląskowskiego, sekretarzem Dra Klinka, członkiem honorowym Towarzystwa zoologa Dra Dybowskiego, członkami zaś Dra Rydygiera z Jeny, Dra Dunina i prof. Łuczkiewicza. (*Gaz. Lek.*)

Asystent Uniw. Władysław Leppert, b. asystent w Bernie i Królewcu, otwiera tu pracownię chemiczną w kierunku higijeniczno-lekarskim.

Dr. Władysław Matlakowski mianowany został etat. ordynatorem kliniki chirurg. a Dr. Władysław Szteiner nadetat. ordynatorem tejże kliniki. *(Kur. Warsz.)*

* **Paryż.** D. 5 stycznia Drowie medycyny Callen, Camparan, Combescure, Dufay i Roussel, wszyscy z prowincyi, wybrani zostali członkami Senatu francuskiego. *(Progrès médical.)*

* **Mianowania i odznaczenia.** B. prof. uniw. warszawskiego Aleksandrowicz, otrzymał order św. Włodzimierza 3 kl.

* **Nekrologija**. Sprawdza się niestety wiadomość o śmierci prof. Ambrożego Tardieu w Paryżu. Według *Progrès médical* umarł on d. 12 bm. z cukrzycy; na pogrzebie mówili Chauffard w imieniu Wydziału lek., Guéneau de Mussy w imieniu Akademii lek., Wurtz, Brun i Rigal. Bliższych szczegółów bijograficznych jeszcze nie znajdujemy w dziennikach francuskich.

Zmarły w Petersburgu Dr. Rudniew był prof. anatomii patologicznéj; brat jego b. docent okulistyki w Warszawie żyje. *(Gaz. Lek.)*

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 2 Wład. Gajkiewicza: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.); Markiewicza: Spostrzeżenia z praktyki na wsi; w *Dwutygodniku med. publ.*: Lutostańskiego: Badanie wody do picia w celach higijenicznych (c. d.), Janikowskiego: Śmierć z zagardlenia; w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 2: Mendelssohna; Spostrzeżenia lekarskie w Algieryi. I. Zimnica. Nr. 3. Tegoż Spostrzeżenia (c. d.), Zieleniewskiego: O ruchu i rozwoju c. k. zakładu zdrojowego w Krynicy.

Piśmiennictwo lekarskie. AEBY Chr. Üb. das Verhältniss der Mikrocephalie zum Atavismus. Vortrag. gr. 8 Stuttgart. Enke. M. 1.

ALBERT Ed. Lehrbuch der Chirurgie u. Operationslehre. m. Holzsch. 16—21 Heft. gr. 8 Wien. Urban et Schwarzenberg. à M. 1 60.

ALVARENGA P. F. da COSTA. Leçons cliniques sur les maladies du coeur. Traduit du portugais par le Dr. E. Berthrand. In-8. Paris. Baillière et fils Fr. 12.

AUEGG H. Sechs Vorträge üb. weibliche Krankenpflege, geh im Frühjahre 1878. 8 Graz, u. Scharpf. M. 2 40.

BEHREND G. Die Hautkrankheiten für Aerzte u. Studirende dargestellt. M. 28 Holzschn. 8 Braunschweig. Fr. Wreden. M. 8.

BERGMANN E. Die Behandlung d. Schusswunden d. Kniegelenkes im Kriege. M. e. Taf. gr. 8 Stuttgart. Enke. M. 2 40.

BUSCH H. Grösse, Gewicht u. Brustumfang v. Soldaten. Studien üb. ihre Entwicklg. etc. M 6 Holzsch. gr. 8. Berlin. Hirschwald. M. 2.

BERNATZIK W. Handbuch d. allgem. u. speciellen Arzneiverordnungslehre. 2 Thl. Specielle Arzneiverordnungslehre. gr. 8. Wien. Braumüller M. 13.

CHARCOT J. M. Üb. die Localisationen der Gehirn-Krankheiten. gesammelt u. veröffentlicht v. Bourneville, ins Deutsche übertr. v. Berth. Fetzer. 1 Abth. Autoris. Uebersetzg. gr. 8. Stuttgart. Bonz et Co. M. 3.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. R. w D.: Bliższych wyjaśnień udzielimy szan. koledze listownie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nr. 49.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

W skutek upoważnienia Wysokiego Wydziału krajowego z d. 14 Stycznia 1879 r. l. 1393 Komitet administracyjny szpitali ogłasza konkurs na posady następujące w szpitalu św. Lazarza w Krakowie, a mianowicie:

I. W oddziale chorób wewnętrznych.

1) Sekundaryjusza klasy I z płacą roczną 600 złr.

2) Sekundaryjusza klasy II „ „ 500 złr.

II. W oddziale chorób położniczych.

3) Sekundaryjusza klasy I z płacą roczną 600 złr.

III. W oddziale chorób umysłowych.

4) Sekundaryjusza klasy I z płacą roczną 600 złr.

Sekundaryjusze klasy I winni mieszkać w szpitalu, w którym stosowne pomieszczenie z opałem i światłem otrzymają.

Posady sekundaryjuszów obydwóch klas, udzielone będą na lat dwa, jednakże przy odpowiedniém pełnieniu obowiązków będą mogły być przedłużone na drugie dwulecie.

Podania ostęplowane należy wnieść do Komitetu administr. szpitali krakowskich **najdalej do 15 Lutego 1879** albo wprost lub przez swoją władzę przełożoną, i w nich wykazać: wiek, stan, miejsce urodzenia i stopień Dra medycyny otrzymany na jednym z uniwersytetów Monarchii austryjacko-węgierskiéj.

Kraków dnia 18 Stycznia 1879.

Z komitetu administracyjnego szpitali.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$4^1/_2$ „	6 „

Kraków, 1 lutego 1879. **№ 5.** Rok XVIII.

I. Zarośnięcie pochwy zupełne, wrodzone nieistnienie ujścia macicznego.

Opisał Antoni Lachowicz,
Doktór medycyny i chirurgii.

Obserwacyję, którą obecnie ogłaszam, opisuję dla tego tak szczegółowo, iż zdaniem mojém przyczynić się ona może do rozwiązania dwóch zagadnień, a mianowicie: 1) Czy należy operować dziewczęta dorosłe, których pochwa jest zupełnie zarośniętą, *(obliteratio completa)* i u których ujście maciczne nie istnieje *(imperforatio uteri)?* 2) W razie szczęśliwie dokonanego rękoczynu, czy można zezwolić na zamąż pójście takich dziewcząt w przewidywaniu możebnéj ciąży, czy poród nie będzie bezwzględnie zgubnym dla matki, lub dla płodu? Z powodu ważności przedmiotu wybaczy łaskawy czytelnik zbyt może drobnostkowe sprawozdanie.

F. K. ma lat 19, wzrostu średniego, włosy ciemno brunatne, klatka piersiowa, sutki i miednica należycie rozwinięte; aż do lat 17 była zawsze zdrową. W tym czasie poczęła uczuwać co miesiąc bóle przez kilka dni trwające w okolicy krzyżowéj i biodrowéj, podobne do tych, jakich doznają często kobiety przed pojawieniem się miesiączki, która się atoli u niéj nie ukazywała; bóle te wzmagając się co do nasilenia powtarzały się peryjodycznie co miesiąc aż do 19 roku życia. W tym okresie chora zasiągała méj rady; zaleciłem jéj przy następném pojawieniu się bólów przystawienie pijawek na wewnętrznéj górnéj części uda, gorczyczniki i kąpiele nasiadowe aromatyczne. W trzy miesiące później, pacyjentka była u mnie powtórnie, zawiadamiając mnie, że miesiączka u niéj dotąd się nie pojawiła, w ciągu tego czasu cierpiała więcéj niż poprzednio i doznawała trzy razy, w ustępach czasu czterotygodniowych, bólów gwałtownych w krzyżach, pośladkach i udach, trwających każdym razem po kilka dni; a ponieważ i w ustępach czasu wolnych od tych bólów również czuła się cierpiącą, przeto utraciła sen i łaknienie i zmizerniała znacznie.

Badając brzuch wyczuwałem w dolnéj i prawéj jego części guz podłużny, wielkości jaja gęsiego, przy dotykaniu bolesny i nieco ruchomy. Oprócz tego w pośrodku wyczuwać się dawał drugi guz daleko większy, sięgający od spojenia kości łonowych aż na dwa palce poniżéj pępka; ten drugi guz był okrągły, przy mocniejszym tylko ucisku bolesny, twardy, a zarazem elastyczny. Mniejszy guz przylegał doń z prawéj strony, wypuk w tém miejscu dawał odgłos tępy. Sądziłem, że guzem większym jest macica, powiększona przez nagromadzoną krew miesiączkową, która nie może się wydobyć na zewnątrz przez pochwę, a mniejszy jest prawdopodobnie jajnikiem również krwią wypełnionym.

Wzgórek łonowy należycie włosem pokryty, wargi sromne zewnętrzne i wewnętrzne, jakotéż łechtaczka odpowiednio rozwinięte; między wargami wewnętrznemi, łechtaczką i spojeniem tylném w miejscu zwykłéj szpary pochwowej znalazłem tylko lekkie zagłębienie bez otworu. W otwór zewnętrzny cewki moczowéj, umiejscowiony prawidłowo, mógłem z łatwością wprowadzić zgłębnik aż do męcherza, który przy wprowadzaniu posuwał się znacznie ku przodowi pod spojenie kości łonowych; przestrzeń pomiędzy tylném spojeniem warg i odbytem, czyli międzykrocze, wynosiła 5 cm. Badając odbytnicę palcem wyczuwałem na wysokości 5 cm. powyżéj zdziergacza zewnętrznego guz okrągławy i sprężysty, którego dolna część była wielkości orzecha włoskiego i rozszerzała się ku górze coraz bardziéj; guz ten odpowiadał guzowi większemu, opisanemu powyżéj. Kiszka odchodowa była zaraz od początku skierowaną ku tyłowi, a nie jak zwykle bywa lekko wygiętą ku przodowi; zatrzymując lewy palec wskazujący w odbytnicy, a prawą ręką trzymając gruby zgłębnik w cewce moczowéj i męcherzu, oraz usiłując zgłębnik zbliżyć do palca, wyczuwałem iż je rozdzielała tkanka twarda z trudnością ugnieść się dająca, grubości około $^2/_3$ cm.

Po uskutecznieniu badania wnosiłem: 1) że guz większy w podpępczu jest macicą powiększoną przez krew miesiączkową, która na zewnątrz wydostać się nie może; 2) że guz mniejszy po prawéj stronie jest jajnikiem lub też jajowodem również krwią wypełnionym; 3) że pochwy niema wcale i

że miejsce takowéj zajmuje tkanka włóknista; 4) nakoniec, że jeżeli chcemy uwolnić chorą od bólów coraz gwałtowniejszych i od niechybnéj śmierci, należy utorować drogę w tkance włóknistéj, począwszy od szpary łonowéj aż do szyjki macicznéj, czyli zdecydować się na rękoczyn, bez wątpienia nieco niepewny co do ostatecznego wyniku, ale konieczny i przedsiębrany już nieraz z pomyślnym skutkiem.

Naradziwszy się z Dr. Colletem, który potwierdził moje badanie w zupełności, postanowiliśmy wykonać rękoczyn natychmiast, gdyż pacyjentka spodziewała się wkrótce powrotu bólów miesięcznych. W tym celu udaliśmy się dnia następnego tj. 22 lutego 1867 do domu choréj i wykonaliśmy rękoczyn sposobem następującym: pacyjentkę ułożono w poprzek łóżka, uda rozwarte podtrzymywały dwie kobiety, a ja rozpocząłem operacyję od wypróżnienia męcherza. Chciałem zrazu pozostawić kateter na miejscu i dać go do utrzymywania memu pomocnikowi, ale ponieważ z powodu pochyłego kierunku cewki moczowéj pawilon kateteru zbyt się obniżał ku tyłowi i byłby mi przeszkadzał przy operacyi, zrzekłem się téj pomocy, a natomiast włożyłem lewy wskaziciel do odbytnicy dla kontroli i uniknięcia obrażenia téj kiszki. Po rozwarciu mniejszych warg sromnych począłem końcem nożyka o krótkiém ostrzu rozcinać tkankę, znajdującą się między cewką moczową i spojeniem tylném warg *(frenulum labiorum)*, tkanka była twardą, włóknistą i niepodajną, rozcinałem ją krótkiemi cięciami, stopniowo, rozszerzając te nacięcia niekiedy i na boki nożykiem guziczkowym, i badając palcem ranę w głębi. Doszedłszy już do głębokości 3 cm. spodziewałem się znaleść utkanie mniéj twarde, albo jamę, jak to nieraz znachodzono przy podobnych operacyjach, i starałem się daléj posuwać przy pomocy trzonka i paznogcia, lecz ponieważ tkanina ciągle była jednakowo twardą i zbitą, przeto musiałem powtórnie ująć nożyk i końcem tegoż dalszą torować drogę, aż doszedłszy do głębokości około 5 cm. zdawało mi się, iż dotykam palcem w głębi rany ciała twardego i zaokrąglonego. Odłożyłem nożyk, a przy pomocy grubego zgłębnika rowkowanego starałem się końcem tegoż i moim paznogciem przedrzeć warstwy głębokie i nareszcie udało mi się odsłonić nieco to ciało okrągławe i wystające, w głębokości 6 cm. od szpary łonowéj; krwawienie w ciągu operacyi nieznaczne. Należało teraz oznaczyć, czém jest owa wystająca część w głębi rany i badając tak przez ranę, jakoteż przez odbytnicę i powłoki brzuszne zdawało mi się nie podlegać wątpliwości, iż mam przed sobą odcinek macicy, a prawdopodobnie sądząc z kierunku i położenia, szyję tejże. Gdyby tak było, to powinna się wydzielać krew miesięczna w macicy nagromadzona; lecz nic takiego nie spostrzegliśmy, nawet przy dość silnym ucisku macicy przez powłoki brzuszne; również było niepodobieństwem, końcem palca lub zgłębnikiem wyśledzić ujście maciczne, zdawało mi się jednak, iż uczuwam pod palcem miejsce większe i więcéj scieńczone, któreby można uważać za ujście maciczne zewnętrzne. W każdym razie należało przebić otwór w tém miejscu, ażeby się dostać do macicy, wprowadziłem więc wzdłuż mego palca nożyk wąski, którego ostrze owinąłem tasiemką i doszedłszy do owego miejsca, wepchnąłem koniec nożyka tak jak trójgraniec; odporność tkanki nie była wielką i natychmiast nieco krwi skrzepłéj spłynęło po moim palcu. W miejsce nożyka wsunąłem cewnik kobiecy męcherzowy, przez który większa ilość krwi wypłynęła, jednakże otwór wydawał mi się bardzo małym i dlatego rozszerzyłem go w poprzek nożykiem guziczkowatym, który wprowadziłem po zgłębniku rowkowanym, tkanka przecinana skrzypiała. Tym sposobem otrzymałem otwór 5 — 6 linij szeroki, przez który wypłynęła bardzo znaczna ilość krwi na wpół skrzepłéj, podobnéj do gęstéj czekolady, albo raczéj do galarety porzeczkowéj nie bardzo gęstéj, ilość téj krwi, barwy ciemno-brunatnéj, wynosiła przeszło dwie szklanki. Część téj krwi, pozostawiona na talerzu do dnia następnego, przybrała barwę więcéj jasno-czerwoną, i przedstawiała się jak skrzep po upuście, z tą tylko różnicą, że było bardzo mało surowicy.

Otwór zrobiony w macicy był tak duży, iż po odpłynięciu treści mogłem weń wprowadzić koniec palca wskazującego i przekonać się, iż palec znajdował się w jamie obszernéj, o ścianach gładkich i pokrytych jakby warstwą pokostu. Wprowadziwszy jeden palec do macicy, a drugi do odbytnicy, przekonałem się, że ściana macicy była cienką, z czego wnioskowałem, że ściany macicy rozciągnione mechanicznie przez nagromadzoną krew miesiączkową, nie grubieją tak, jak to ma miejsce podczas ciąży.

Po odejściu krwi chora natychmiast poczuła ulgę, guz w podpępezu zmniejszył się co do objętości i wypukiwanie dawało wszędzie odgłos jawny kiszkowy, począwszy na trzy palce od spojenia kości łonowych; guz mniejszy, który jako jajnik lub jajowód rozszerzony rozpoznałem, stał się przy dotykaniu mniéj bolesnym i już nie tak powierzchownie, lecz więcéj w głębi wyczuwać się dawał. Ani cewka moczowa, ani męcherz, ani odbytnica nie zostały podczas rękoczynu uszkodzone. Dwie do trzech linij gruba tkanka przedzielała odbytnicę od przewodu pochwowego, utworzonego nożykiem. Przestrzykawszy ostrożnie macicę letnią wodą, wprowadziłem następnie przez tak utworzoną pochwę aż do macicy długi knotek ze skubanki, wypełniłem po bokach tego knotka całą pochwę skubanką, i utwierdziłem wszystko odpowiednią opaską. (Dyjeta ścisła, kleik jęczmienny.)

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurg. we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

a) **Uwagi dotyczące cięcia krtani tarczykowego** *(Thyreotomia, Laryngofissio, Laryngotomia)* **i opis odnośnych czterech przypadków.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4.)

Jakkolwiek w przypadkach nowotworów dobrotliwych stosownym rękoczynem w drodze wziernikowéj można najczęściéj osiągnąć cel tak pod względem pierwszego, jakoteż i drugiego powyżéj przytoczonego zadania, jakie lekarz ma do spełnienia, jednak mogą się zdarzyć takie przypadki, że po często powtarzanych próbach w tym kierunku tak z przyczyn ze strony saméj choroby uporczywie ciągle odnawiającéj się, (jak w pierwszym wyżéj przytoczonym przypadku Schröttera), jakoteż z przyczyn ze strony chorego, który albo nie może albo nie chce tak mozolnym, nudnym i przykrym usiłowaniom przez tak długi przeciąg czasu poddawać się, lekarz ostatecznie zostaje zniewolonym użyć metody, za pomocą któréj prędzéj, oraz doszczętnie może cel osiągnąć, to jest tyreotomii, która jest wprawdzie znaczniejszym rękoczynem, aniżeli którykolwiek z rękoczynów wzierniko-

wych, atoli zgoła nie jest dla chorego niebezpieczną, a to z powodów i pod warunkami, o których poprzednio była mowa. W obec przypadku, w którym nie podobna było osiągnąć wygojenia, zapytuje się sam Schrötter, ażali ten przypadek nie kwalifikował się raczéj do tyreotomii? atoli odpowiada przecząco, a mianowicie z dwóch przyczyn: raz z powodu małych rozmiarów krtani, któreby prawdopodobnie nie dozwoliły zupełnego wycięcia nowotworu, a po drugie i to najbardziéj z téj przyczyny, ponieważ nowotwór przeważnie był osadzony na przedniéj ścianie krtani i dolnéj (względnie tylnéj) powierzchni nakrywki, do których to miejsc trudno by było się dostać przez tyreotomiję. Oparty na własném doświadczeniu i na przykładach w literaturze zapisanych, uznać muszę oba te powody za nieuzasadnione. Chory Czernego był dzieckiem 7-letniém, moja chora miała 9 lat a Dr. Fialla, naczelny lekarz oddziału chirurgicznego w szpitalu „Philantropie" w Bukareszcie, opisuje w *Wien. med. Wochenschrift* z r. 1872 (str. 981) przypadek tyreotomii przez siebie wykonanéj na dziecku 5-letniém; tém większe więc rozmiary musiała mieć krtań choréj Schröttera, która liczyła 10 lat. Wiek dziecięcy chorych nietylko nie przeciwskazuje tyreotomii, lecz przeciwnie, jak słusznie podnosi Czerny, należy go uważać za jeden z tych warunków, które w danym przypadku rękoczyn ten mogą uczynić niezbędnym. Przeciw drugiemu powodowi Schröttera przemawia moje własne doświadczenie w pierwszym przypadku. Jak w przypadku Schröttera tak i w moim, przeważnie przednia ściana krtani i dolna (względnie tylna) powierzchnia nakrywki zajętą była przez nowotwór, a jednak wcale bez trudności oczyściłem wszystkie te miejsca w ten sposób: że lewą ręką a mianowicie palcem wskazującym przez jamę ustną zniżyłem nakrywkę ku ranie na szyi, w ten sposób rękoczynu na niéj dokonałem zgoła nie omackiem, lecz przy pomocy wzroku.

Oprócz wymienionego wskazania, tyreotomija w przypadkach nowotworów dobrotliwych w krtani może być wskazaną, a tém samém i usprawiedliwioną zbyt wielkiemi trudnościami technicznemi. Trudności powstałe skutkiem zbyt małych rozmiarów krtani w wieku dziecięcym, a spotęgowane uporem źle wychowanych i nierozsądnych dzieci, mogą w danym przypadku uczynić tyreotomiję nieodzowną. Nadto należy namienić, że trudności te mogą się stać niepokonalnemi, jeżeli się ma przed sobą nie pojedyńczy zbity guz w krtani, lecz bardzo liczne większe i mniejsze guzki, mniéj lub więcéj całą krtań wyściełające, które wymagają częstych i rozmaitych manipulacyj w drodze wziernikowéj. Wprawdzie podaje Jelenffy (*Wiener mediz. Wochenschrift* 1873. Nr. 11, 12, 13, *Eine neue Methode zur Ausrottung der Kehlkopfpolypen)* sposób operowania w krtani w drodze wziernikowéj bez pomocy wziernika i oczu, a mianowicie polegający na przypuszczeniu, że w krtani stósownemi przyrządami nic innego nie można ująć, jak tylko nieprawidłowe wyrostki, i popiera ten swój pomysł czterema przypadkami rękoczynów przez siebie wykonanych według tego sposobu z dobrym skutkiem, jakoteż twierdzeniem, jakoby z różnych stron otrzymywał od kolegów listy pochwalające jego metodę. Atoli metoda ta nie znalazła dotąd naśladowców, o ile z literatury sądzić można; nadto w przypadkach zadyszki skutkiem znacznie wybujałego nowotworu nie obejdzie się bez poprzedniéj tracheotomii, jeżeli się nie chce narazić chorego na niemiłe następstwa; skoro się zaś uskuteczniło tracheotomię, nic się na tém nie straci, jeżeli się w obec znacznych technicznych trudności, stojących w drodze dokładnemu wykonaniu rękoczynu wziernikowego i mając na względzie zupełne i doszczętne wyniszczenie nowotworu w krótkim czasie, tracheotomię uzupełni cięciem tarczykowém. Wprawdzie okoliczność, że niepokonalne trudności techniczne zaliczamy do wskazań do tyreotomii, nie dobrze licuje z twierdzeniem Schröttera (l. c. str. 62) przytoczoném w części historycznéj niniejszéj mojéj rozprawki, według którego nie ma guza w krtani, któregoby nie można ostatecznie w drodze wziernikowéj usunąć, atoli należy mi namienić, że mówiąc o trudnościach technicznych uważam to wskazanie jako przeszkodę zbiorową, na którą się składają: wiek dziecięcy chorego i w parze z nim idące małe rozmiary pola operacyjnego, forma nowotworu, a mianowicie zbyt liczne guzki z różnych punktów wychodzące i z tego powodu wymagające bardzo licznych posiedzeń przy usiłowaniu usunięcia choroby w drodze wziernikowéj, oraz podmiotowe przeszkody ze strony chorego. Żadna z tych trudności sama nie wskazuje tyreotomii, lecz kilka ich razem z sobą powikłanych mogą ten rękoczyn uczynić nieodzownym, jak np. dziecięcy wiek jako taki zgoła nie umożebnia rękoczynów wziernikowych, jakkolwiek je znacznie utrudnia; pojedyńcze więc guzki zbite, a przytém względnie łatwo dostępne nawet u najmłodszych dzieci dobrze wychowanych i rozsądnych bez trudności w drodze wziernikowéj usuwać można; atoli liczne guzki, bujające nadto z miejsc nie łatwo dostępnych u dzieci nierozsądnych, źle wychowanych i nie wyrozumiałych, mających krtań niekorzystnie ukształtowaną, stają się wskazaniem do tyreotomii. Doświadczenie oparte na kilku lub kilkunastu przypadkach, w których udało się u dzieci przy dobrych zresztą warunkach w drodze wziernikowéj cel osiągnąć, nie upoważnia do tak kategorycznego i bezwarunkowego oświadczenia, jak powyżéj przytoczone! Inni laryngoskopiści w téj mierze mniéj kategorycznie orzekają aniżeli Schrötter i Jelenffy; Mackenzie (l. c.) oświadcza, że tyreotomija tylko naówczas jest usprawiedliwioną, jeżeli fachowy laryngoskopista uzna wszelki rękoczyn w drodze wziernikowéj za niemożliwy. Atoli taki warunek monopolizujący odnośną gałąź wiedzy i sztuki lekarskiéj, ani w praktyce nie da się zastósować, ani nie ostoi się w obec teoryi! Skąd bowiem brać tych fachowych specyjalistów w każdym danym przypadku? czy sprowadzać ich ze stolic do chorych, lub wysyłać ostatnich do specyjalistów? i czyim kosztem? Ze stanowiska teoryi można zapytać się, kto jest właściwie tym fachowym laryngoskopistą? ażali tylko ten posiada odnośny patent, kto w żadnéj innéj gałęzi sztuki lekarskiéj nie pracuje, czyli też wolno korzystać z przywilejów téj specyjalności każdemu chirurgowi, który obok innych gałęzi chirurgii i tę właśnie wykonywa: to jest umie wziernikiem rozpoznawać choroby krtani, operuje w pewnych odstępach czasu w drodze wziernikowéj i t. d.? Czerny przytacza przypadek, w którym dla nowotworu w krtani uznał tyreotomię za potrzebną, a przed nim oświadczył się był za tym samym rękoczynem pewien laryngoskopista *par excellence*, a mimo to inny laryngoskopista wykonał w tym samym przypadku operacyę w drodze wziernikowéj z pomyślnym skutkiem. Ten przykład dowodzi, że i laryngoskopiści w danym przypadku co do wyboru metody rękoczynu mogą odmienne mieć zdania, jak w ogóle wskazania jednéj i drugiéj metody nie są tak bezwarunkowe i kategoryczne, jak opiewa w téj mierze zdanie Schröttera, lecz są wynikiem wiedzy, sprytu i indywidualnego doświadczenia operatora i kombinacyi warunków pod- i przedmiotowych w danym przypadku.

Zupełnie odmienne stanowisko należy zająć w obec nowotworów w krtani z cechą złośliwą. Podczas gdy w obec nowotworów dobrotliwych wybór może się ważyć tylko między metodą wziernikową a tyreotomiją, rozchodzi się w pierwszym przypadku o wybór między tyreotomiją a wycięciem krtani (*Exstirpatio laryngis*) jako rękoczynami leczniczemi, a tracheotomiją jako rękoczynem paliatywnym. W sprawozdaniu Schröttera znajdujemy kilka przypadków pod rubryką „raków“, które stanowczo należy z tej rubryki wykreślić, a pod inną zamieścić, mianowicie pod rubrykę nowotworów dobrotliwych, a według Lückego pod rubrykę *Neubildungen im Typus höherer Gewebsformen, a) die papillären Geschwülste* (Lücke *die Lehre v. den Geschwülsten.* Billroth-Pitha. *Handb. den allg. und spec. Chir. Band 2. Abth. 1.* strona 246.), o których Lücke się wyraża, że są „zgoła nowotworami dobrotliwemi“ dopóki nie doznają zmiany swéj istoty. Takiemi właśnie są dwa przypadki już wymienione Schröttera, uznane przezeń, nie pojmuję dlaczego, za przypadki raka. Ponieważ zaś w pierwszym z tych dwóch przypadków w drodze wziernikowéj osiągnięto wygojenie zupełne, przeto mogłoby się zdawać, jakoby metoda wziernikowa mogła wystarczyć w danych przypadkach do wyleczenia nowotworów złośliwych, atoli takie pojęcie sprzeciwiałoby się zasadom chirurgii. Wprawdzie laryngoskopiści operują w drodze wziernikowéj i złośliwe nowotwory, (znany mi jest nieudany przypadek pewnego znakomitego specyjalisty), atoli takie postępowanie nie jest godném naśladowania, przeciwnie wychodząc z zasad rozumnéj chirurgii należy uważać jako prawidło: że w obec nowotworów w krtani z wybitną cechą złośliwą odstępować należy od wszelkiego rękoczynu w drodze wziernikowéj, jeżeli się ma cel leczniczy na względzie, a nie tylko zamiar zbadania guza; a zastosować albo tyreotomiję, jeżeli warunki w danym przypadku pozwalają spodziewać się skutku z wycięcia miejscowego, lub wycięcie krtani (*Exstirpatio laryngis*), lub tracheotomiję palijatywną.

Następném wskazaniem do tyreotomii są według Hütera bliznowate ścieśnienia krtani, które bywają następstwem bądź ciężkich uszkodzeń krtani, bądź głębszych wrzodów, jak po durze lub skutkiem kiły; atoli tak doświadczenie w téj mierze nabyte, jakoteż i sąd teoretyczny zniewalają do wykreślenia téj rubryki wskazań. Sam Hüter przyznaje, że na tém polu chirurgija wziernikowa szczyci się pomyślniejszą kazuistyką, aniżeli tyreotomija. Rossbach, Bruns Türck, Schnitzler, Schrötter osiągnęli w drodze wziernikowéj zamierzony cel albo zupełnie albo przynajmniéj częściowo, podczas gdy w dziedzinie tyreotomii pod tą rubryką zapisane są w literaturze tylko ujemne wyniki. Nie mniéj téż i ze stanowiska teoryi należy tyreotomiję w przypadkach bliznowatych ścieśnień krtani porzucić, albowiem chirurgija poucza, że proste przecięcie a nawet wycięcie blizn w kątach nie doprowadzi do celu, i nie podobna w ten sposób zapobiedz ponownemu zwężeniu. Tyreotomija więc nie może mieć w takich przypadkach doniosłości samodzielnego rękoczynu czyli doniosłości środka leczniczego. lecz co najwięcéj może uchodzić za rękoczyn wstępny, z którym by wypadało połączyć powolne rozszerzanie krtani, celem zapobieżenia ponownemu ścieśnieniu. Atoli taki cel nie może w żaden sposób usprawiedliwić tyreotomii przy dzisiejszym stanie nauki, rozcięcie bowiem zrostów można i należy uskuteczniać tylko w drodze wziernikowéj, bądź to narządami ostremi, bądź za pomocą galwanokaustyki; a sposób rozszerzania krtani dzięki zasługom Schröttera na tém polu jest obecnie tak łatwy i prosty, że na ten cel nie potrzeba rękoczynów posiłkowych, lecz takowe w najcięższych nawet przypadkach może lekarz najmniéj fachowy, a nawet sam chory wykonać w drodze wziernikowéj. Porównanie tyreotomii z cięciem cewki zewnętrzném (*urethrotomia externa*), którego używa Hüter celem podniesienia doniosłości tyreotomii w ścieśnieniach krtani, jest złudne. Gdyby nie ta okoliczność, że cięcie cewki wewnętrzne (*urethrotomia interna*) jest rękoczynem względnie trudnym i niepewnym, o ile go się musi wykonać bez pomocy oczu, a nadto może się stać groźnym w następstwach z powodu możliwego nacieku moczowego, krwawienia i t. d., a wreszcie nie wystarcza do osiągnięcia celu w wielu przypadkach, mianowicie w takich, gdzie blizny są zbyt grube i wybujałe; gdyby więc nie te i jeszcze inne względy, z pewnością nie uciekanoby się do cięcia cewki zewnętrznego w przypadkach ścieśnienia cewki. Nadto zaś powyższe porównanie o tyle jest niestosowne, ponieważ wskazaniem do uretrotomii zewnętrznéj bywają oprócz innych takie przypadki, w których mimo wszelkich prób i usiłowań nie można cewnikiem przebyć miejsca zwężonego; takich zaś przypadków co do krtani nie bywa wcale, tu bowiem operator posiłkując się wziernikiem może stosownym przyrządem pokonać choćby najznaczniejsze zwężenie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Perkowski (w Warszawie): **Godne uwagi następcze objawy rany postrzałowéj kręgosłupa w okolicy szyjnéj.**

Przypadek ten przez autora ściśle naukowo postrzegany i opisany, a nadto dokładną sekcyją stwierdzony, dorównywa prawie fizyjologicznemu doświadczeniu, dokonanemu w celu śledzenia czynności bocznego pasma rdzenia pacierzowego, a z tego powodu zasługuje na szczególniejsze uwzględnienie.

S. Bugrow szeregowiec moskiewskiego pułku leibgwardyi, wysoki i silnie zbudowany, otrzymał postrzał w szyję podczas przejścia Balkanu w d. 22 listopada 1877 r. Zaraz po zranieniu stracił przytomność, po któréj odzyskaniu przekonał się że jest porażonym na wszystkich czterech odnogach, w mniejszym jednak stopniu po stronie prawéj niż po lewéj, po któréj to ostatniéj znachodziła się i rana na szyi. B. gorączkował z początku znacznie, powoli jednak gorączka zaczęła ustępować, a stan jego porażenny polepszał się o tyle, że mógł władać prawą ręką i nogą, po pięciu zaś miesiącach i lewą nogą, podczas gdy lewa odnoga górna pozostała nadal skurczona i bezwładna. Apetyt był dobry, pęcherz i odbytnica odbywały czynności swe należycie, czasami duszność. W tym mniéj więcéj stanie przywieziono go z pola walki do Warszawy, oraz pomieszczono w szpitalu Krzyża Czerwonego. Bliższe badanie tamże dnia 1go maja 1878 odbyte wykazało: Otwór przetokowy na szyi wielkości dużego grochu, przy tylnym brzegu lewego m. schylacza głowy, wydzielający ropę wodnistą, przepuszczał zgłębnik na 3 cm. wgłąb ku tyłowi i nieco ku górze; tu natrafiało się na kość obnażoną, a ztąd w kierunku poziomym ku tyłowi wchodziło się w kanał o długiéj i gładkiéj twardéj ścianie. Ponieważ przypuszczano, że zgłębnik dochodzi do rdzenia pacierzowego, przeto zaniechano dalszego badania w tym kierunku, a to tém bardziéj, że badany twierdził stanowczo,

że zaraz przy pierwszym opatrunku na placu boju wydobyto mu kulę. Lewa źrenica zwężona, spojówka lewa zaczerwieniona, skóra lewéj połowy głowy twarzy i szyi zasiniała; ziewanie i otwieranie ust bolesne; lewa odnoga górna w łokciu przykurczona, wychudła i zimna, prawa górna i obydwie dolne dosyć swobodne. Przy staniu doznawał B. duszności obok nierówności ruchów oddechowych z powodu opóźniania się mięśni oddechowych lewéj strony; najswobodniéj oddychał pacyjent przy położeniu na wznak z przyciągniętemi do kadłuba kolanami. Nadczułość górnéj odnogi lewéj, która przedtém miała być bardzo znaczną, już była w czasie badania ustąpiła. Gdy w dalszym przebiegu obok martwiaków wydobyto z rany kawałek ołowiu, nabrał autor przekonania o mylności twierdzeń pacyjenta i postanowił przystąpić do wydobycia pocisku, a to tém bardziéj, że stan chorego wcale się nie poprawiał, ale owszem stawał się coraz przykrzejszym z powodu coraz to częstszych napadów duszności i zawrotów głowy. Dnia 14go lipca P. przeciąwszy na sondzie żłobkowanéj części miękkie, wydobył pocisk 3 cm. długi, 1 gruby a 30 gramów ważący, obok pocisku wydobyto kawałki kości zmartwiałéj i kawałki sukna mundurowego. Zaraz po operacyi nastąpiło znakomite polepszenie, tak że pacyjent, który przedtém zaledwie kilka kroków mógł zrobić przy łóżku, teraz zeszedł po schodach do swego pokoju; lecz już w kilka godzin zjawił się dreszcz a potém silna gorączka i zaczerwienienie do około rany. Ciepłota dochodziła w niektorych dniach do 41·6° C., przytém chory doznawał uczucia z jednéj strony gorąca a mianowicie w lewéj połowie twarzy szyi i tułowia aż po więzadło Pouparta; źrenica lewa poprzednio zwężona okazała się obecnie o połowę szerszą od prawéj. Ciepłota mierzona pod pachą prawą i lewą okazywała się stósownie do uczucia subjektywnego o 0,1 do 0,6 wyższą po stronie lewéj niż po prawéj; raz tylko tj. na kilka godzin przed śmiercią spostrzeżono po bardzo obfitych potach stosunek przeciwny: w lewéj 41·2°, w prawéj 42,0, a więc po prawéj o 0,8° więcéj, który to stan trwał bardzo krótko, bo aż do saméj śmierci utrzymała się wyższa ciepłota po stronie lewéj o 0,6. Po śmierci podniósł się słup rtęci w ciepłomierzu aż do 43,0.

Badanie pośmiertne: Dosyć znaczne przekrwienie opony miękkiéj i górnéj części mózgu. Na szyi odpowiadała rana położeniem swém 6mu i 7mu kręgowi szyjnemu, lecz dążąc w górę, w tył i ku wewnątrz wchodzi a w odstęp między łukami 3go i 4go kręgu szyjnego. W tém to miejscu znajdował się pocisk, jak o tém świadczą chropowatości i martwiaki na pomienionych łukach; dno téj jamy utworzone było przez zgrubiałą oponę twardą rdzenia, w części ziarniną pokrytą; opona miękka również zgrubiała i z twardą zrośnięta. Od tego miejsca rozciąga się po zewnętrznéj powierzchni stosu pacierzowego zatoka ropna aż do 6go kręgu, na téj przestrzeni torebki stawowe są poprzegryzane i ropą wypełnione, a chrząstki stawowe poniszczone. Odpowiednio temu miejscu znaleziono zmianę w samym rdzeniu pacierzowym na przestrzeni jednego cm. z dołu do góry, w głąb aż do samego kanału środkowego a z przodu ku tyłowi na przestrzeni zajmującéj sam pęczek boczny lewy. Zmiana ta polegała na wytworzeniu się żółtawéj blizny, która się składała z tkanki łącznéj układu siatkowego, ze śladów wynaczynionek, z resztek pierwiastków nerwowych i nieznacznego nacieku ciałek limfatycznych; do około zaś rozmiękczona tkanka nerwowa. W końcu podaje P. szczegółowy naukowy rozbiór przypadków powyżéj podanych, i porównywa je z doświadczeniami przez fizyjologów na zwierzętach czynionemi. Po ciekawe i nader pouczające te szczegóły odsyłamy czytelnika do oryginału. *(Gazeta Lek.* XXV. Nr. 22—25). *A. O.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie II z dnia 15go stycznia 1879 r.

Przewodniczący kol. Sciborowski. Obecnych członków 25.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4.)

2) Kol. prof. Korczyński okazał przyrząd wynaleziony przez Hütera i opisany w dwóch ostatnich numerach czasopisma *Centralblatt für med. Wissenschaften* z r. 1878, a nazwany stosownie do szczegółowego celu użycia dermatofonem albo myo- tendo- lub osteofonem Jest to zwykły stetoskop Voltoliniego (składający się z części lejkowatéj, cewy gumowéj i czopka, wkładającego się do przewodu słuchowego), którego koniec wolny zasłonięty jest cieniuchną błonką gumową. Przyłożywszy przyrząd ten do powłok ciała, osobliwie w miejscach obfitych w naczynia włosowate, jak końce palców lub czerwień wargowa, słychać szum ciągły nasilający się równocześnie z tętnem, który jest znacznie słabszym w miejscach mniéj zamożnych w naczynia włosowate. Że szmer ten pochodzi istotnie od krążenia krwi w naczyniach włosowatych, przekonywa ta okoliczność, że szmer słabnie, jeżeli osłuchiwaną część skóry uczyni się niedokrewną, za pomocą zimna lub opaski uciskającéj, a wzmaga się, jeżeli powiększa się napełnienie naczyń włosowatych. Zupełnie zgodne pod tym względem wyniki wydaje badanie za pomocą mikrofonu, który przewodzi dokładnie najdelikatniejsze wrażenia słuchowe, co tém bardziéj utwierdza w przekonaniu, iż szmer słyszalny za pomocą dermatofonu istotnie zawdzięcza swe powstanie krążeniu krwi w naczyniach włosowatych. Przyrząd ten zdaniem prelegenta ma niezaprzeczenie wartość fizyjologiczną, i posłużyć może do bliższego poznania prawideł krążenia, jednakże nie ma wartości praktycznéj jako przyrząd dyjagnostyczny, gdyż zmiany w napełnieniu naczyń włosowatych dadzą się daleko lepiéj i pewniéj ocenić wzrokiem aniżeli słuchem; pomijając już zupełnie tę okoliczność, że do rozpoznania rodzaju i nasilenia szmeru potrzebaby osobnéj wprawy i doświadczenia. Osłuchując pewną część ciała podczas wykonywania ruchów, np. wewnętrzną powierzchnię przedramienia, podczas zginania i wyprostowywania w stawie nadgarstkowym, słychać dwa brzmienia, z których pierwsze jest więcéj głuche, drugie dźwięczniejsze. Brzmienie powstające w chwili zginania ręki w stawie nadgarstkowym pochodzi od kurczenia się mięśnia, zaś brzmienie podczas wykonania ruchu wyprostnego od nagłego napięcia ścięgien zginaczów. Przyrząd w tym celu użyty nazywa Hüter myofonem i tendofonem; wartość fizyjologiczna jego jest bardzo mała, a to głównie z tego powodu, że nasilenie brzmienia nie stoi w ścisłym stosunku do siły z jaką kurczy się mięsień, jak się o tém łatwo przekonać można, pobudzając mięsień do skurczów silniejszych lub słabszych za pomocą prądów elektrycznych rozmaitego nasilenia. Wartości praktycznéj nie ma ten przyrząd żadnéj, gdyż siłę kurczenia się mięśnia daleko pewniéj oznaczyć można innemi sposobami, aniżeli za pomocą przysłuchu. Ten sam przyrząd użyty do osłuchiwania kości zwie się osteofonem. Istotnie łatwo przekonać się można, że opukując kość jakąkolwiek za pomocą zwykłego młotka używanego do opukiwania, lub téż młotka Lückego, podanego wyłącznie do opukiwania kości, a ustawiając przyrząd w pobliżu miejsca które się opukuje, słyszeć się daje brzmienie bardzo głośne i dźwięczne, które zbliża się do tonu muzykalnego. Wysokość brzmienia według Hütera zależy od większego lub mniejszego oddalenia miejsca które się osłuchuje, od miejsca w które się uderza młotkiem; do tego dodać jednak należy, że brzmienie jest tém wyższe, im bardziéj kość jest odsłonięta, a tém niższe, im bardziéj kość jest pokryta częściami miękkiemi. Osteofon może istotnie oddać znakomite usługi w chirurgii, potęgując brzmienia powstające przy

perkusyi kości, która obecnie już zyskała w nauce stałe prawo obywatelstwa. Nadto prelegent przypuszcza możebność, że stetoskopem Hütera (gdyż tak właściwie należałoby nazwać ten nowy przyrząd) można będzie rozpoznać nierówności powierzchni stawowych, których zwykłemi sposobami badania wyśledzić nie można. Zasada fizyczna tego stetoskopu jest całkiem racyjonalna, gdyż cienka błonka sprężysta przejmuje bardzo łatwo nawet słabe drgania i takowe słupowi powietrza zawartemu w cewie gumowéj udziela, skąd fale głosowe udzielają się wprost przewodowi słuchowemu kostnemu i błonie bębenkowéj przez czopek wydrążony i szczelnie przewód słuchowy wypełniający.

W dyskusyi kol. Obaliński potwierdza pożyteczność młotka Lückego, który mu oddał już nieraz usługi w przypadkach, gdzie zależało na odróżnieniu kości zdrowéj od choréj, w pierwszym razie, gdy *corticalis* jest zbitą, opukując młotkiem Lückego otrzymamy odgłos metaliczny, przeciwnie gdy jest porowatą, odgłos staje się tępym. Można się spodziewać, że za pomocą stetoskopu Hütera odróżnienie to będzie pewniejsze. Nasuwa się pytanie, czy przyrząd Hütera nie dałby się użyć w celu oznaczenia nieznacznego tarcia pleurytycznego lub w osierdziu, wykazania zrostów guzów jajnikowych, przy opukiwaniu guzów wodunkowych? W odpowiedzi kol. Obalińskiemu namienia kol. prof. Korczyński, że stetoskop Hütera nie może żadnych usług oddać w auskultacyi szmerów, powstających w narządzie oddechowym lub w narządzie krążenia, a to z powodu niekorzyści, jakie przedstawia już stetoskop Voltoliniego. Stetoskop ten okazany po raz pierwszy w r. 1871 na zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Wrocławiu, polecany następnie dwukrotnie w czasopiśmie kliniczném berlińskiém przez Voltoliniego, mimo zalet akustycznych podniesionych przez Politzera, przecież się nie upowszechnił głównie z tego powodu, że skutkiem resonancyi potęguje nawet słabe szmery pochodzące z otoczenia, lub powstające skutkiem najmniejszego poruszenia badanego lub poruszeń samego stetoskopu. Zasłoniwszy koniec wolny tego stetoskopu cienką błonką w sposób jak to czyni Hüter, wzmagamy zdolność resonancyi tak dalece, że silniejsze tony serca nabierają cechy dźwięczności lub metaliczności, silniejsze uderzenia serca głuszą zupełnie tony, ruch klatki piersiowéj wywołuje szmer zasłaniający szmery oddechowe, nadto słychać wiele szmerów ubocznych, które przeszkadzają w słuchaniu szmerów oddechowych lub sercowych. Prelegent dodaje, że z tego samego powodu mikrofony polecane w ostatnich czasach jako narzędzia dyjagnostyczne (Thompson, Maas, Stein) przynajmniéj w dotychczasowéj budowie nie znajdą szerszego koła zwolenników. Nakoniec namienia kol. prof. Korczyński, że już przed rokiem próbował potęgować objawy przysłuchowe przez zakładanie cienkich błonek gumowych mocno napiętych do stetoskopów na kilka części rozkręcanych; przekonał się jednak, że objawy przysłuchowe (płuc i serca) nabierały tém silniejszego podźwięku metalicznego, im bardziéj naprężona była błona; nadto że po rozdzieleniu słupa powietrza w stetoskopie na kilka części za pomocą kilku błon, powstawały szmery szumiące, podobnie jak w muszli morskiéj, co tylko od zbytecznie zwiększonéj resonancyi stetoskopu pochodzić mogło; z tego powodu zaniechał dalszych prób i badań w tym kierunku. Co się tyczy drżenia wodunkowego, jest to objaw dotykowy nie zaś przysłuchowy, dla tego przyrząd Hütera nie może się przydać do wykazania takowego. Kol. Obaliński sądzi, że gdzie tylko jest chełbotanie, musi powstawać i brzmienie, ale zbyt słabe, aby go można zwykłemi sposobami dosłyszeć, nie przeczy jednak, że przeszkody, które w ogóle użyciu przyrządu Hütera stoją na zawadzie, i w tym razie brzmienia usłyszeć nie dozwolą. Mikrofony udoskonalone mają przyszłość, przypuścić można, że dałyby się stósować do wykazania symulacyi w chorobach przyrządu słuchowego, jakotéż do stwierdzenia śmierci rzeczywistéj. W śmierci pozornéj ruchy choć bardzo nieznaczne istnieć muszą, a przyrząd tak czuły jak mikrofon łatwo mógłby je wykazać. Kol. Domański zgadza się w zupełności z kol. Korczyńskim co do małéj praktycznéj doniosłości przyrządu Hütera. Zasada fizyczna tego stetoskopu jest błędna, jeżeli bowiem przyrząd słuchowy zostanie szczelnie zamkniętym, muszą powstawać w skutek powiększenia sfery resonacyjnéj różne brzmienia uboczne, częścią podmiotowe, częścią pochodzące od tętna. Zwykły sposób badania ucha wystarcza do wykrycia symulacyi, na 1000 bowiem chorób przyrządu słuchowego zaledwie w 4ch przypadkach sam tylko nerw słuchowy jest chorobą dotknięty. Dla stwierdzenia śmierci rzeczywistéj najlepszym sposobem jest drażnienie mięśni prądem indukcyjnym, wykonane z odpowiednią ostrożnością.

(Dokończenie nastąpi.)

V. Ambroży Tardieu.

La science triompha heureusement des plus furieux entraînements de la passion politique.

Tardieu, *Pendaison p. 18.*

Trudnym i niewdzięcznym w ogóle jest zawód lekarza sądowego, nader trudnym zaś i przykrym w kraju i śród narodu, u którego namiętności polityczne wnikają we wszystkie stósunki społeczne, przytłumiając sąd trzeźwy i bezstronny o rzeczach, których przedmiotowe ocenianie wymaga koniecznie zimnéj rozwagi. W krajach takich zużywają się szybko nie tylko mężowie stanu, ale i uczeni, których zawód wymaga publicznego występowania, a uwielbiani wczoraj ściągają na siebie dziś lub jutro klątwę nader kapryśnéj niewiasty, zowiącéj się opiniją publiczną. W obec téj opinii każde orzeczenie wydane w sprawie ważniejszéj staje się podejrzaném, jeżeli przypadkiem nie licuje z jéj chwilowym nastrojem, medycyna sądowa staje się polityczną, policyjną, a lekarz stronniczym, zacofanym, zaprzedanym! Kraj ulegający zbyt częstym przewrotom staje się mimowolnie Saturnem, pożerającym własne dzieci swoje, które jemu przedewszystkiém przynoszą zaszczyt i chwałę. Na szczęście nauka goi rany poniesione w walce pod jéj sztandarem, zapewniając wybrańcom swoim uznanie i pamięć trwalszą nad poklask przemijający i zdradliwą popularność!

Ambroży Tardieu, nad którego śmiercią ubolewa teraz świat cywilizowany, był przez pewien czas ulubieńcem swego narodu; od natury hojnie uposażony cieszył się niezwykłém powodzeniem i uznaniem; późniéj popadłszy w niełaskę narodu był podejrzany o sprzeniewierzenie się świętym obowiązkom znawcy bezstronnego; dźwigał on to brzemię, nie upadając pod niém, obelgi znosił cierpliwie, a gardząc niemi w przeświadczeniu swéj niewinności, nie bronił się wcale, oczekując od nauki, któréj pozostał wiernym aż do śmierci, rehabilitacyi swojéj i w obec opinii publicznéj.

Każdy kraj, każde miasto, a tém bardziéj stolice pierwszorzędne, mają swoje „*causes célèbres*,“ swoje przypadki sądowolekarskie „ciekawe;“ przypadki takie wszędzie są głośnemi, zajmują nie tylko lekarzy, ale i szerszą publiczność, stają się przedmiotem krytyki lekarskiéj i nielekarskiéj, ale nigdzie nie budzą tak żywego, namiętnego i trwałego zajęcia, nigdzie nie wywołują tak żywych starć pomiędzy stronnictwami politycznemi, jak w pięknéj stolicy nadsekwańskiéj. I rzecz dziwna, każdy rząd francuski, każda dynastyja, obok licznych swych kłopotów miewa także i swoje sądowolekarskie *causes célèbres*, z któremi wielce liczyć się musi, skoro przeciwnicy posługują się niemi jako narzędziem do walki przeciw rządowi. Zaledwie rozpoczął swoje panowanie król Ludwik Filip, aliści umiera nagle ostatni z Kondeuszów w 76 roku życia; znaleziono go powieszonego w sypialni ze stopami dotykającemi się podłogi; lekarze sądowi oświadczyli się za samobójstwem, ale ponieważ spadkobiercą zmarłego miał być syn królewski, żyjący jeszcze książę Aumale, więc książęta Rohanowie, spokrewnieni z ks. Enghien jedynym

synem Kondeusza, rozstrzelanym z rozkazu Napoleona I. w r. 1804, wytaczają proces o morderstwo przeciw pewnemu księdzu i pewnéj kobiecie, króla samego podejrzywając o wyłudzenie sukcesyi, lekarzy sądowych zaś poczytując za proste narzędzie woli królewskiéj. Osoby o morderstwo posądzone były szczęśliwszemi od owego Jana Calasa, którego w r. 1698 stracono w Tuluzie z powodu powieszenia się syna; tym razem obeszło się bez świetnéj walki podjętéj przez wielkiego myśliciela celem skonstatowania samobójstwa po śmierci niewinnie straconego, nauka — jak powiada Tardieu — tryjumfowała nad szalonemi wyskokami namiętności politycznéj i skorzystała z tego przypadku, aby dowieść, że wieszający się nie potrzebuje wcale wisieć, aby pozbawić się życia. — Gdy panowanie Orleanów chyliło się ku upadkowi, zdarzył się w Paryżu okropny przypadek: ks. Choiseul-Praslin zamordował żonę swoją, córkę znanego i u nas marszałka Sebastianiego, kobietę znaną z świetnego wykształcenia, wychowaną przez córkę filozofa niemieckiego Mendelssohna, a zamordował ją w okrutny sposób, zadawszy jéj 30 i kilka ran, z których jednak żadna sama przez się nie była śmiertelną; morderca otruł się następnie w więzieniu. Jeżeli już sprawdzenie przyczyny śmierci ofiary nastręczało pewne trudności, to pobudki czynu oraz samobójstwo więźnia znów stały się przyczyną podejrzywania rządu, jakoby ułatwił samobójstwo celem uniknięcia szkandału. W sprawie téj po raz pierwszy wsławił się młody Tardieu obok swego mistrza Orfili. Rzecz godna uwagi, że dopiero w kilkanaście lat póżniéj przypadkiem z Berlina rzucono światło na motywa owego czynu niezwykłego i okrutnego. W nowelach swych sądowo-lekarskich podał po raz pierwszy Casper list pisany do niego przez pederastę, który bezimiennie w zupełności zwierzył mu się ze swoich i towarzyszy swych skłonności, i pomiędzy innemi przytoczył, że ks. Choiseul również był pederastą i że z tego powodu małżeństwo stało się dlań nieznośném.

Panowanie Napoleona III. obok kłopotów meksykańskich, zwiastujących jego upadek, obfitowało i w przykre sprawy sądowolekarskie. W tym okresie Tardieu dzierżył berło w medycynie sądowéj i był uznany za pierwszego znawcę nie tylko we Francyi ale i w Europie całéj, zwłaszcza od śmierci Caspra w Berlinie. To też i imię jego związane jest ze wszystkiemi ważniejszemi sprawami, które za czasów drugiego cesarstwa wymagały interwencyi lekarza sądowego. Już zamach hr. Feliksa Orsiniego, wykonany d. 14 stycznia 1858 r., dostarczył mu niezwykłego materyjału, bo możebności badania 156 ofiar. Rok 1864, właśnie rok śmierci Caspra, przysporzył Tardieu'mu nie tylko największéj popularności we Francyi, ale i sławy po za jéj granicami. Lekarz paryski Couty de la Pommerais, zięć jenerała i adjutanta cesarskiego, był obwiniony o otrucie dygitalinem kochanki swojéj, pani de Pauw, któréj życie poprzednio na znaczną sumę był zabezpieczył. Obwiniony wiedząc o tém, że nauka nie jest w stanie wykazać otrucia tego, wypierał się czynu; wówczas Tardieu dowiódł otrucia za pomocą doświadczenia fizyjologicznego, wprawdzie oddawna znanego, ale przez siebie wydoskonalonego (wstrzykiwania podskórnego zwierzętom, o których poprzednio przekonał się był, że na dygitalin oddziaływają tak jak człowiek, wyciągu wyskokowego, otrzymanego z wymiocin otrutéj i z jéj organów); powiadamy, że dowiódł otrucia, albowiem, gdy słynny obrońca oskarżonego Lachaud po zapadłym wyroku przysięgłych udał się do cesarza z prośbą o ułaskawienie skazanego, a tenże zawezwał go, aby mu oświadczył, czy on sam wątpi o winie swego klienta, obrońca odrzekł prosząc, aby go cesarz zechciał uwolnić od tego oświadczenia. Tym razem świetne wystąpienie Tardieua i orzeczenie jego licowało z opiniją publiczną, a więc opinija ta wyniosła go pod niebiosa.

Nie minął rok, a już jego popularność doznała szwanku, najprzód śród ubóstwiającéj go przedtém młodzieży akademickiéj, gdy za jego dziekaństwa rząd chwycił się środków surowych, z powodu udziału wielu kandydatów medycyny w zjeździe socyjalistów, odbytym w r. 1865 w Leodyjum, następnie i śród publiczności szerszéj w skutek nieszczęsnéj sprawy obłąkanego prześladowcy, mieniącego się być prześladowanym przez rząd napoleoński. Zaiste, dziwne to zjawisko, że nieszczęśliwy obłąkany mógł przez cały lat dziesiątek budzić zajęcie powszechne nie tylko we Francyi, bo tam przeciwnicy rządu chętnie wierzyli w to, co służyć mogło ich celom, ale i w całéj Europie, gdzie przecież sąd rozważny nie powinien był przypuścić, aby znakomici lekarze mogli się tak dalece zapomnieć, iżby człowieka zdrowego na umyśle z jakichkolwiekbądź powodów skazali na zamknięcie w zakładzie dla obłąkanych! Obłąkanym tym był adwokat Sandon, który przedstawiał wszystkie cechy owego zwyrodnienia umysłowego, dla niewtajemniczonych niepojętego, a przynajmniéj zagadkowego, a mimo to zwiastującego nieuleczalne obłąkanie porażenne, słowem cechy obłąkania moralnego. Ministra spraw wewn. i ulubieńca cesarza, Billaulta, obrał sobie za ofiarę, co całkiem wystarczyło, aby obłąkany uchodził za męczennika zrazu u przeciwników rządu, a potém u publiczności w ogóle, tak skoréj do opiekowania się losem obłąkanych, jeżeli się rozchodzi o podejrzywanie lekarzy. A gdy Sandon przez wszystkich psychijatrów, a wreszcie i przez Tardieua uznany został za obłąkanego, wtedy posypały się artykuły, skargi, petycyje, ujmujące się za pokrzywdzonym, a obelżywe dla lekarzy. W obec uporczywéj agitacyi rząd okazał się słabym i w r. 1869 zapowiedział rewizyję ustawy z d. 30 czerwca 1838, owéj pięknéj ustawy o zakładach dla obłąkanych, jaką, z wyjątkiem Anglii, dotąd żaden kraj poszczycić się nie może, i wyznaczył w tym celu komisyję, w skład któréj atoli weszli nie tylko znakomici psychijatrzy Calmeil i Constant, ale i Tardieu. Komisyja ta zaprosiła do wniesienia swych zażaleń dziennikarzy, którzy najgorliwiéj występowali byli w téj sprawie, jednak żaden z nich nie pojawił się, a następnie wszystkie zarzuty okazały się bezzasadnemi. Z tém wszystkiém sprawa ta zatruwała życie Tardieua, który nadto musiał lękać się ciągle napaści ze strony Sandona, wypuszczonego na wolność, już to z powodu owéj agitacyi, już to dlatego, że choroba jego przebiegała powoli, a od czasu do czasu nawet zdawało się, że stan jego się polepsza. Podziwiać zaiste należy spokój i umiarkowanie, z jakiém Tardieu w dziele swojém *„sur la folie,“* które wyszło w r. 1872, jeszcze za życia Sandona, opisuje ten przypadek (str 331—342), który mu tyle sprawił zgryzot; nawet gdy na wstępie tego pięknego dzieła omawia tę kwestyję ze stanowiska ogólnego, utyskuje więcéj nad przykrém położeniem zawodu lekarskiego, anizeli nad swojém własném.

Jeszcze raz przemijająco uśmiechnęły mu się względy publiczności, gdy w r. 1869 występował w sprawie Alzaczyka Trauppmanna, oskarżonego i skazanego za wymordowanie familii Kinków, ale już w kilka miesięcy późniéj, na początku 1870 r., utracił na nowo te względy z powodu orzeczenia wydanego w sprawie ks. Piotra Bonapartego. Wiadomo,

że bliski ten krewny cesarza zastrzelił w swojém pomieszkaniu dziennikarza Wiktora Noira, który wraz z sekundantem przybył wyzwać go na pojedynek; książę tłumaczył się, że działał w obronie koniecznéj, gdy przez Noira uderzony został w twarz; dwaj lekarze bezpośrednio po czynie zawezwani sprawdzili siniec na licu księcia, a na podstawie tego zeznania Tardieu orzekł, że siniec ten mógł powstać z uderzenia w twarz dłonią. Opinija publiczna zarzuciła mu, że uderzenie w twarz nigdy nie wywołuje sińca i że na ręce prawéj zabitego znaleziono rękawiczkę nieuszkodzoną, co miało dowodzić, że uderzenie nie mogło być silném, skoro rękawiczka nie pękła itd. Z sali sądowéj niezadowolenie z powodu oczywistéj niby stronniczości przeniosło się do sali wykładowéj, gdzie ubóstwianego dawniéj profesora spotkały największe obelgi ze strony uczniów. Ruch skierowany przeciw rządowi napoleońskiemu odbił się więc i na znakomitym lekarzu sądowym, który słusznie czy niesłusznie uchodził za zwolennika tego rządu, za człowieka konserwatywnego itd. Odtąd Tardieu nigdy już popularności nie odzyskał, zwłaszcza gdy z upadkiem cesarstwa zniechęcony usunął się od życia publicznego i w pracach naukowych szukał wytchnienia po tak ciężkich zawodach.

I szczęście, które mu w życiu długo sprzyjało, dozwoliło mu doczekać się jeszcze tryjumfu. W październiku 1873 r. umiera Sandon z porażenia ogólnego, a sekcyja uskuteczniona w obecności kilkudziesięciu lekarzy wykazuje sprawę zwyrodnienia w mózgu do bardzo dawnego czasu odnoszącą się. Zawiść umilka, słowa Tardieua umieszczone powyżéj jako godło tego wspomnienia, zastosowane przezeń do znawców w sprawie Kondeusza, sprawdzają się na nim samym, a rząd Thiersa w dowód, że umie cenić zasługi uczonego bez względu na jego wyznanie polityczne, biorąc niby pochop z usług jego oddanych wystawie francuskiéj we Wiedniu, zaszczyca go krzyżem komandorskim legii honorowéj.

Rozpisaliśmy się nad stanowiskiem, które Tardieu zajmował w obec publiczności, aby wykazać, jak trudném w istocie jest zadanie znawcy pierwszorzędnego w stolicach wielkich, a zwłaszcza w Paryżu. Z jednéj strony wymaga to stanowisko występowania publicznego, świetnego, a zapewne mało kto bardziéj był zdolny uczynić zadosyć tym wymogom, aniżeli Tardieu, którego ujmująca postawa, znakomita wymowa, rzadka przytomność umysłu i ogromne doświadczenie, już same przez się wywyższyły nad innych kolegów ściślejszych,—a z drugiéj stanowisko to naraża właśnie na pociski, przed któremi bezpieczny jest znawca działający w stosunkach skromnych. Chcieliśmy jednak uwydatnić ważne to zadanie znawcy, jakkolwiek czasem przykre, bo występowaniem publiczném, jasném przedstawieniem rzeczy i obronieniem swego zdania w obec zachodzących wątpliwości lekarz nie tylko oddaje wielkie usługi sprawiedliwości, ale wzbudza zaufanie dla umiejętności swéj, tak często lekceważonéj. A ponieważ w naszych czasach nikt nie reprezentował świetnéj i z większém powodzeniem nauki naszéj w obec sądów, a nikt za bronienie przekonania naukowego na większe nie był narażony przykrości, aniżeli Tardieu, uważaliśmy za obowiązek, złożyć mu hołd należny w imieniu praktyki sądowolekarskiéj, zanim wdamy się w ocenę zasług jego czysto naukowych, które również są nie małe, jakkolwiek mierzyć je należy inną miarą.

(Dokończenie nastąpi.)

Dr. Hipolit Korzeniowski.

Dnia 20 b. m. zakończył życie, jeden z lekarzy polskich zasłużonych na polu chirurgii Dr. Hipolit Korzeniowski, syn znakomitego powieściopisarza i dramaturga Józefa Korzeniowskiego.

Ś. p. Hipolit urodził się w r. 1827 w Krzemieńcu. Nauki rozpoczęte w Charkowie, dokończył w Akademii medyko-chirurgicznéj w Petersburgu, gdzie jako uczeń celujący, obdarzony złotym medalem, w 23 roku życia (1850) otrzymał stopień doktora medycyny i chirurgii. Odbywszy podróż naukową za granice kraju, podczas któréj w Berlinie, Paryżu i Londynie przeważnie zajmował się chirurgiją, powrócił do Warszawy, gdzie osiadłszy wyrobił sobie obszerną praktykę jako operator, a zarazem był lekarzem ordynującym oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus. Po założeniu Akademii medyko-chirurgicznéj a następnie Szkoły głównéj w Warszawie, jako profesor-adjunkt wykładał z początku anatomiję opisową, a następnie chirurgiję. W r. 1871 został powołany na profesora chirurgii do Akademii medyko-chirurgicznéj w Petersburgu, któréj niegdyś był uczniem.

Podczas kampanii rosyjsko-tureckiéj w r. 1877 wraz z Pirogowem udawszy się na pole wojny, oddał znakomite usługi jako operator, kierujący szpitalem wojennym, oraz na wezwanie księcia Milana, jako organizator służby lekarskiéj w Serbii. Po skończonéj kampanii, otrzymawszy emeryturę powrócił do Warszawy, gdzie obok praktyki prywatnéj, zajmował miejsce konsultanta chirurgicznego w szpitalu ujazdowskim, oraz wykładał chirurgiję wojenną lekarzom wojskowym. Po Nowym Roku powołany do Petersburga z powodu egzaminów kobiet lekarzy, po krótkiéj chorobie życie zakończył.

Zmarły kolega pozostawił liczne prace piśmienne; prócz kilkudziesięciu rozpraw obszerniejszych lub krótszych, przeważnie z zakresu chirurgii, zamieszczanych między r. 1853 a 1871 w czasopismach lekarskich warszawskich, a zwłaszcza w Pamiętniku Tow. lekarskiego, osobno wydał: O środkach stłumiających czucie i ich wpływie na chirurgiją. Warszawa 1856. Druk Orgelbranda 8vo str. 35, oraz razem z prof. Hirschfeldem opracował T. IV. chirurgii tegoż, zawierający newrologiję i estesiologiję. Pozostawił po sobie wspomnienie biegłego chirurga, zdolnego profesora, dobrego kolegi. Pokój Jego popiołom. *Wł. Ściborowski.*

List otwarty do szan. Kolegi Dra Krówczyńskiego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4.)

Jak wspomniałem praca taka należy do przyszłości, a bynajmniéj dziś nie ośmielam się jeszcze pod tym względem czynić jakichś stanowczych wniosków; jednakże opierając się na ogromnym materyjale przezemnie w tutejszym zakładzie obserwowanym, muszę powtórzyć to, co w innem miejscu przedtém powiedziałem, że należy ściśle odgraniczać od siebie formę ustrojową od postaci nabytéj suchot płucnych*), że różnica pomiędzy temi dwiema postaciami jest ogromna, że rokowanie jest całkiem inne itd.; dziś dodam, że postać su-

*) Patrz mój artykuł pt o rokowaniu w suchotach płucnych „cl[illegible] 1878.

chot krwotokowych, postać suchot powikłanych ze zmianami w krtani itp. przedstawiają różne pod względem przebiegu rokowania i leczenia odmiany. Nie dosyć na tém, każda z tych postaci jest jeszcze zależną od indywidualnych właściwości osobnika, jedném słowem leczenie suchot płucnych, względnie metoda lecznicza nigdy nie powinna z góry określać pewnéj grupy środków, lecz opierając się jedynie na indywidualnéj postaci i indywidualnych właściwościach osobnika winna stósować środki przeciw téj właśnie formie, na znacznym materyjale uznane za skuteczne.

A teraz co do saméj metody leczniczéj. Przeglądając historyję lecznictwa suchot płucnych, spostrzegamy ogromną liczbę metod leczniczych, z których każda powołuje się na skuteczne wyniki. A więc: powietrze rozrzedzone, zgęszczone, klimaty południowe, nadmorskie, kuracyja mleczna itd. itd. Z tych metod leczniczych bez zaprzeczenia, jak to szan. kolega słusznie nadmieniasz, stosunkowo najlepsze wyniki daje tak zwana metoda Goerbersdorfska (wolałbym ją nazwać Brehmerowską), metoda, któréj celem, jak to szan. kolega piszesz „jest polepszenie odżywiania całego ustroju ze szczególném uwzględnieniem dróg oddechowych, obok czego metoda owa zdaniem szan. kolegi zawdzięcza bardzo korzystny wpływ na chorych nacieraniom i zimnym tuszom.“

Metoda ta, którą szan. kolega w ten sposób sformułowałeś, przedstawiałaby w istocie wady zasadnicze, o których wyżéj wspomniałem, tj. stawałaby się metodą ogólną jednostronną, odrzucającą wszelkie indywidualne właściwości oddzielnych postaci chorobowych i oddzielnych własności pewnego indywiduum. Jeśli zaś metoda Brehmerowska, tj. metoda, którą obecnie stósujemy w zakładzie leczniczym w Goerbersdorfie, w istocie daje lepsze wyniki niż wszelkie inne metody, zawdzięcza to li tylko téj okoliczności, że pewne grupy środków są umiejętnie w miarę przypadku indywidualizowane. I tak np. weźmy zimne natryski czyli tusze. Zdawałoby się że po tak piękném rozebraniu ich działalności fizyjologicznéj, jak to szan. kolega w swojéj pracy uczyniłeś, natryski owe dawałyby się stósować u każdego suchotnika, nawet u mocno osłabionych, jak to szan. kolega wspominasz, Tymczasem rzecz się ma inaczéj: natryski, którémi bardzo długo specyjalnie się zajmowałem, podług zdania mego opartego na tak licznym materyjale są bardzo cennym pomocniczym środkiem przy leczeniu suchot płucnych, wskazania jednakże do ich użycia są niezmiernie ograniczone, a wskazań owych bez narażenia chorego na wielkie niebezpieczeństwo samowolnie spaczać nie można. Jeszcze w r. 1876 w osobnym pod tym względem artykule *) określiłem ściśle wskazania do tych natrysków, dziś po dwuletniéj dalszéj praktyce jestem w zupełności tego samego zdania.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

*** Zaraza astrachańska.** D. 24 bm. odbyła się w ministerstwie spraw wewn. we Wiedniu pod przewodnictwem prezesa ministrów ks. Auersperga konferencyja dla obmyślenia środków, jakie okazać się mogą potrzebnemi z powodu zarazy. W konferencyi téj wzięli udział reprezentanci ministerstwa spraw zagranicznych, rządu węgierskiego, ministerstw spraw wewn., handlu i skarbu oraz lekarze: tajny radca rządowy i zastępca przewodniczącego urzędu zdrowia niemieckiego Dr. Finkelnburg, referent spraw lekarskich, radca minist. Dr. Schneider, prof. higijeny w Budapeszcie Dr. Fodor, członek najwyższéj rady zdrowia Dr. Schneller, prof. Drasche i radca sanitarny Dr. Oser. Zapadły następujące uchwały: 1) Rządy niemiecki i austryjacki wyślą jak najrychléj do okolic dotkniętych epidemiją ze swéj strony lekarzy, których zadaniem będzie zbadać daty epidemii, badać jéj bieg i regularne przesyłać o tém raporta swym rządom, które ich sobie wzajemnie udzielać będą; lekarzom dodane zostaną osoby władające językiem rosyjskim. Rząd rosyjski wezwany zostanie, aby udzielił wysłanym osobom wszelkiego możebnego poparcia; rząd rumuński w odpowiedzi na swój wniosek wezwany zostanie, aby wziął udział w wysłaniu biegłych lekarzy. 2) Reprezentacyje wspomnianych rządów w Rosyi otrzymają polecenie donosić o każdém uwagi godném spostrzeżeniu i o każdéj wiadomości, w każdym razie zaś składać co pięć dni raporta o stanie epidemii. Doniesienia i raporta składane będą drogą telegraficzną. Reprezentanci obu rządów mają przy składaniu raportów postępować w porozumieniu. Należy także wezwać konsulaty na Wschodzie, aby największą zwracały uwagę na zachodzące podejrzane przypadki choroby i aby natychmiast o nich donosiły. 3) Zakaz przywozu z Rosyi przedmiotów, wydany już rozporządzeniami rządu austryjackiego i węgierskiego w r. 1878, utrzymany zostaje w swéj mocy, a wydanym zostanie w państwie niemieckiém. O ile zakaz przywozu rozciągnąć wypadnie na inne przedmioty, które są podejrzane jako przenoszące zarazę, postanowioném zostanie później na podstawie dalszych fachowych narad. 4) Podróżujący z Rosyi przepuszczani będą na terytoryjum państwa niemieckiego i austryjackiego tylko wtedy, jeżeli na paszportach władza potwierdzi, że osoby te od 20 dni przed zatwierdzeniem nie przebywały w gubernii podejrzanéj, i jeżeli co do czasu upłynionego od zatwierdzenia, także żadnych nie będzie wątpliwości. W celu przekonania się o zastosowaniu tego środka należałoby przeznaczyć pewien termin. 5) Rzeczy podróżnych, którzy jadą z gubernij podejrzanych, mają być odwaniane chlorkiem wapna lub kwasem siarkowym. Za nadejściem stosunków niepomyślnych zarządzoną zostanie, szczególniej w główmych stacyjach wjazdowych, ogólna sanitarno-policyjna rewizyja osób i rzeczy. 6) Odnośnie do poprzedniego przypuszczenia należy komunikacyję z Rosyją ograniczyć co do osób i wozów tylko do pewnych stacyj wjazdowych. 7) Wagony osobowe, które dochodzą do rosyjskich stacyj pogranicznych, mają być po każdym kursie starannie czyszczone i przewietrzane. Czystości i odwaniania wychodków na stacyjach kolei żelaznych i w wagonach należy ustawicznie ściśle pilnować. 8) Na przypadek, gdyby się niebezpieczeństwo zbliżało, rządy interesowane porozumiawszy się z sobą, zarządzą zamknięcie granicy i zaprowadzą kwarantannę.

Na 420tém posiedzeniu Izby deputowanych Rady państwa w dniu 25 bm. prezes ministrów odpowiedział na interpelacyję Dra Rosera jak następuje:

Wspomniane w interpelacyi przypadki choroby nie mogły pozostać rządowi niewiadomemi; ponieważ jednak pierwsze wiadomości nie pozwalały wydać sądu o naturze i rozpowszechnieniu epidemii, przeto uproszono c. k. ministerstwo spraw zagranicznych, aby jak najwcześniéj zasięgnęło jak najdokładniejszych informacyj o naturze i postępach epidemii, tudzież o środkach zaradczych, przedsięwziętych przez rząd rosyjski. Wedle tych tedy wiadomości panuje epidemija powszechnie za dżumę uważana, z urzędu jednak nie tak nazwana, w sześciu miejscowościach nad Wołgą i na wyspach téj rzeki. Główném siedliskiem jest Wietlanka z 1700 mieszkańcami, z których 800 zachorowało, a 273 umarło. Epidemija wybuchła w połowie listopada. W skutek środków zaradczych, zarządzonych z Petersburga, udało się ograniczyć chorobę na pewien obszar, i spodziewają się, że powiedzie się to nadal także przez zimę. Pogłoski o wybuchu dżumy w Carycynie okazały się nieprawdziwemi. Wiadomość o wybuchu dżumy w Niżnym Nowogrodzie uważają za nieprawdziwą. Kordon, którym rząd rosyjski w długim promieniu otoczył siedliska choroby, ciągnie się wzdłuż lewego brzegu Achtuby, ramienia Wołgi, na północ od Władymirówki, aż do Sklitrenaji; na południe od prawego brzegu Wołgi zaś od Kirdy aż do Czernego Jaru. Po za ten obszar choroba jeszcze nie wyszła. Dla większego

* *Ueber Anwendung der kalten Douchen und Abreibungen, bei Behandlung der chronischen Lungenschwindsucht.* (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1876. Nr. 39.)

bezpieczeństwa rząd rosyjski otoczył także Carycyn kordonem kwarantannowym, aby ważne to miasto handlowe, z którego wychodzą komunikacyje kolejowe na północ, zachować ile możności od epidemii. Gdyby w mieście tém rzeczywiście miały się pojawić groźne przypadki choroby, wedle danych nam oświadczeń nie zaniedbają natychmiast przerwać wszelkiéj komunikacyi kolejowéj z północną częścią caratu. Wedle najnowszego sprawozdania z dnia 21 bm. epidemija nie tylko nie wyszła po za kordon, lecz i wewnątrz kordonu występuje mniéj gwałtownie. Tak opiewają nasze wiadomości z Petersburga. W obec takiego położenia rzeczy, monarchii naszéj zdaje się nie zagrażać niebezpieczeństwo bezpośrednie. Mimo to rząd bynajmniéj nie spuszcza z oka téj ewentualności, że środki rządu rosyjskiego mogłyby nie wystarczyć do bezwarunkowego wykluczenia niebezpieczeństwa i dla tego od siebie także wraz z innemi czynnikami robi starania dla zapobieżenia przywleczeniu zarazy do naszéj monarchii. Znaczna część tego, co w kwietniu r. 1878 zarządzono ku powstrzymaniu chorób zaraźliwych od strony krajów, które były dotknięte wojną rosyjsko-turecką, dziś jeszcze jest w praktyce. Ministerstwo spraw zagranicznych na prośbę ministerstwa spraw wewnętrznych już zarządziło, aby ambasada w Petersburgu i konsulaty odnośne zdawały sprawę o stanie zdrowia w Rosyi i w krajach naddunajskich zajętych przez wojska rosyjskie. Toczą się już narady, żeby wspólnie z rządem węgierskim i niemieckim ułożyć się co do jednakowego wystąpienia w celu powstrzymania epidemii już teraz i na przypadek pogorszenia się stosunków. Chwytać się teraz już ostatecznych środków, jakie w czasach dżumy są niezbędne, nie byłoby w danych okolicznościach rzeczą usprawiedliwioną. Nie podając w ten sposób konieczności przezorności i nakazanych nią środków bynajmniéj w wątpliwość, ani też nie chcąc przez to powiedzieć, iżby niezbędne już dziś zarządzenia mogły doznać zwłoki, nie mogę jednak przemilczeć, że w r. 1877 i w pierwszych miesiącach r. z. z okolic morza Kaspijskiego, mianowicie z Resztu i Gilejnu, donoszono o wybuchu dżumy; epidemija jednak nie przybrała znaczniejszych rozmiarów po za właściwém siedliskiem, tudzież że od przeszło lat dziesięciu w błotnistych okolicach Mezopotamii co rok w jesieni pojawia się dżuma, grasuje aż do wiosny i ustaje, nie wychodząc po za swe gniazda. Może tedy w błotnistych okolicach nad Wołgą epidemija podobny będzie miała przebieg. Jakkolwiekbądź, wys. Izba zechce być przekonana, że rząd najbaczniejszą téj sprawie poświęca uwagę i świadom wielkiéj odpowiedzialności swéj nie zaniedbuje niczego, co na wszelki przypadek jego staraniem stać się może.

W porozumieniu z rządem niemieckim rząd austryjacki wysyła 3 lekarzy, a mianowicie jednego z Wiednia, jednego z Węgier, oraz protomedyka galicyjskiego Dra Biesiadeckiego, do gubernii astrachańskiéj, celem zbadania na miejscu choroby i zdania sprawy. Lekarze ci razem z delegować się mającymi przez rząd niemiecki i rumuński niebawem wyjadą do Rosyi.

Wiadomości urzędowe nadeszłe w ostatnich dniach tak od rządu rosyjskiego, jakotéż od poselstwa austryjackiego w Petersburgu i od konsulów, są nader pomyślne; według nich zaraza nie tylko nie wzmaga się, ale prawie ustała. Z Wiednia jedzie do Astrachanu prymaryjusz Dr. Kiemann, z Pesztu docent Dr. Roszahegyi, z Berlina podobno pojedzie Dr. Hirsch.

Statystyka epidemij. Ospa wzmogła się w Londynie, umarło tamże 13 osób (w poprzednim tygodniu 12) a zachorowało osób 69 (w poprzednim tygodniu 66). W szpitalach leży ospowatych 202. I w Wiedniu jest więcéj przypadków śmierci 13, w Budapeszcie 18, w Paryżu 11, w Barcelonie 14, w Warszawie nieco mniéj 6. Silnie panuje ospa także w Dublinie, gdzie umarło zeszłego tygodnia osób 27. W Liwerpolu, w Birminghamie wydarzyło się kilka przypadków śmierci. — Ostre zapalenia narządu oddechowego sprowadziły w Londynie jeszcze bardzo wiele przypadków śmierci (549). *(Veröff. d. d. Gesundheitsamtes.)*

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 3 (od 12 — 18 stycznia włącznie) umarło w Krakowie osób 30; męż. 18 i kob. 12; w obwodach osób 8, w szpitalach 22; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 27,6; w Warszawie 24,9; w Poznaniu 24.2; w Wiedniu 28,0; w Budapeszcie 35,8; w Pradze 37,8; w Tryjeście 40,6; w Berlinie 27,4; w Wrocławiu 31.2; w Monachijum 33,9; w Dreźnie 29,8; w Lipsku 24,6; w Bazylei 25,8; w Brukseli 26,9; w Paryżu 27,2; w Londynie 28,1; w Kopenhadze 23.3; w Chrystyjanii 20,5; w Odesie 32,2. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 4: z duru brzusznego 1, z ropnicy 2, z róży 1. W tymże czasie doniesiono ze szpitala św. Łazarza o 1 przypadku duru brzusznego (z ul. Kalwaryjskiéj) i o 5 przypadkach zapalenia gardła dławcowego (z miasta). *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 30 stycznia. Urzędowa *Gazeta Lwowska* pisze co następuje:

Dr. Alfred Biesiadecki, referent spraw sanitarnych w c. k. Namiestnictwie, wezwany przez c. k. ministerstwo spraw wewnętrznych, aby wziął udział w misyi lekarskiéj, która udać się ma do miejscowości rosyjskich nawiedzonych zarazą, oświadczył gotowość podjęcia się tego zadania, zastrzegłszy sobie niektóre warunki, ubezpieczające los jego dwóch synów, osieroconych przez matkę. Rokowania z Dr. Biesiadeckim odbywały się telegraficznie, a właściwie nie było rokowań, bo Dr. Biesiadecki z mężną determinacyją i bez wahania przyjął misyję tak niebezpieczną a tak wysoce zaszczytną. Ta szlachetna gotowość nadaje Dr. Biesiadeckiemu prawo do czci prawdziwéj i do wdzięczności ogółu, świadczy ona o poświęceniu dla dobra powszechnego i o wielkodusznem pojmowaniu obowiązków lekarza i męża nauki. Do znakomitéj naukowéj reputacyi, jaka otacza imię Dra Biesiadeckiego w świecie lekarskim, przybywa nowy, wyższy może i piękniejszy jeszcze urok nieustraszonéj ofiarności, która każe zapominać o niebezpieczeństwie osobistém, gdzie chodzi o odparcie klęski, zagrażającéj całemu społeczeństwu. Gotowość Dra Biesiadeckiego znalazła już najwdzięczniejsze uznanie rządu, a znajdzie je także w wysokiéj mierze w kraju, w monarchii, a nawet daleko po za jéj granicami. Dr. Biesiadecki zupełnie już jest gotów do wyprawy i czeka tylko telegraficznego powołania. Na pewném miejscu, które mu zostanie wskazane, połączy się z dwoma innymi lekarzami, wiedeńskim i peszteńskim, poczém wszyscy trzéj połączywszy się z lekarzami pruskimi, ruszą w okolice dotknięte zarazą. Do téj misyi dodany będzie także jeden administracyjny urzędnik galicyjski, którego nazwisko podamy późniéj.

W téj saméj sprawie otrzymaliśmy następujący list:

** **Lwów** d. 28 stycznia. „Dr. Biesiadecki wezwany przez ministerstwo spraw wewnętrznych do wzięcia udziału w czynnościach komisyi międzynarodowéj dla badania istoty zarazy w gubernii astrachańskiéj panującéj, oświadczył swą gotowość, nie kładąc innych warunków prócz ubezpieczenia losu swych dwóch synów. Zażądał zaś zaopatrzenia go w mikroskop, narzędzia sekcyjne, termometry itp. przyrządy naukowe, oraz dodanie mu lekarza znającego język i stosunki rosyjskie. Ministerstwo odpowiedziało w drodze telegraficznéj dnia 27go bm, że gotowość Dra Biesiadeckiego przyjmuje z największém uznaniem i zapewnia mu jak największe poparcie u Monarchy w razie potrzeby zaopatrzenia jego synów; poleca mu zaopatrzenie się w żądane instrumenta naukowe a lekarz znający język i stosunki rosyjskie będzie z Wiednia wysłany. Czas i miejsce zjazdu z innymi członkami komisyi oznaczone będą w drodze telegraficznéj. Wreszcie poleca mu, aby każdéj chwili był gotowy do wyjazdu.

Dr. Biesiadecki ma także zażądać dodania téj komisyi dwóch żołnierzy sanitarnych.

Jutro tj. we środę urządzają lekarze lwowscy ucztę pożegnalną dla doktora B., chociaż radzibyśmy zapraszać na ucztę powitalną, gdy zdrów z bogatym plonem naukowym powróci do kraju.“

Znając energiję protomedyka naszego ani na chwilę nie wątpiliśmy, że nie cofnie się przed niebezpieczeństwem, jeżeli rząd usług jego zażąda w interesie ludzkości. To też piszemy się w zupełności na powyższe uwagi organu rządowego, a najserdeczniejsze życzenia nasze, a zapewne i wszystkich kolegów, towarzyszyć będą odważnemu i poświęcenia pełnemu jego przedsięwzięciu. Oby nam wnet danem było powitać powrót jego szczęśliwy z równą serdecznością, z jaką żegnali go wczoraj koledzy lwowscy. Komitet Towarzystwa naszego, oraz Redakcyja nie omieszkały przesłać wczoraj wybierającemu się w podróż szczerych życzeń pożegnalnych drogą telegraficzną.

* Ministerstwo oświaty potwierdziło akt habilitacyjny Dra Pieniążka, który już w półroczu letniém rozpoczyna swoje wykłady.

* Dr. Longin Feigel, prosektor szpitala powszechnego we Lwowie, odbył w d. 25 bm. wykład habilitacyjny, celem uzyskania *veniae legendi* z medycyny sądowéj na wydziale prawniczym we Lwowie.

Petersburg d. 25 stycznia (*koresp. oryg.*). D. 20 stycznia zmarł tu po krótkiéj chorobie (*pneumonia crouposa et pleuritis*) b. profesor chirurgii w medyko chirurgicznéj akademii Korzeniowski. Zmarły niedawno jeszcze cieszył się dobrém zdrowiem i przyjechał tu z Warszawy, ażeby być obecnym przy egzaminach kobiet lekarzy, gdyż w roku bieżącym kończy po raz pierwszy w Rosyi przeszło 50 kobiet nauki lekarskie. Wczoraj tj. d. 24 stycznia odprowadziliśmy zwłoki na dworzec kolei żelaznéj warszawskiéj, dość znaczna liczba profesorów i studentów towarzyszyła orszakowi.

* **Mianowania i odznaczenia**. Proff. nadzw. Uniw. warsz. Nawrocki i Łuczkiewicz otrzymali tytuł radców stanu. — Prof. Ludwig w Lipsku otrzymał order bawarski Maksymilijana dla nauk i sztuk. — Dr. Wurtz mianowany został następcą Tardiena jako przewodniczący Radzie zdrowia.

* **Nekrologija**. W Paryżu umarli: deputowany Mollien lekarz, członek lewicy i słynny fabrykant narzędzi chirurgicznych, Mathieu; w mieście Cannes we Francyi umarł Dr. Biernacki w 82gim roku życia.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich**:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 4. Dra W. Mayzla: O zjawiskach przy segmentacyi jajek robaków (*nematoda*) i ślimaków; M. Mendelssohna: Spostrzeżenia lekarskie w Algieryi (c. d.); Dra M. Zieleniewskiego: O ruchu i rozwoju c. k. zakładu zdrojowego w Krynicy (c. d.); — w *Medycynie* Nr. 4. Gajkiewicza: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.)

Redakcyja otrzymała: Dra W. MAYZLA (w Warszawie): O zjawiskach przy segmentacyi jajek robaków (*nematoda*) i ślimaków. Osobne odbicie z „Gazety Lekarskiéj" 1879. in 8vo str. 7.

Na rzecz funduszu dla wdów i sierot po lekarzach złożyli w Redakcyi koll. Ściborowski, Janikowski, Obaliński, Korczyński, Buszek, Pareński, Blumenstok po 5 złr. w. a. Oettinger 2 złr.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 5 lutego o godz. 5téj posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. prof. Korczyński będzie mówił o narzędziu zwaném sfigmofonem, 2) kol. Zarewicz odczyta pierwszą część swéj pracy: „O znakach wyróżniających wrzody kiłowe".

Sprostowanie. W Nr. 4, str. 45, szpalta 2, w. 5 i 6 od dołu zamiast: „siarkanu miedziowego", powinno być: „siarkanu żelazowego".

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. M. P. w Rio Vista (w Kalifornii): Sprawozdanie szan. kolegi otrzymaliśmy i umieścimy niezadługo. — **Korespondentowi we Wiedniu**: Otrzymaliśmy i umieścimy w numerze przyszłym.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nr. 49.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

W skutek upoważnienia Wysokiego Wydziału krajowego z d. 14 Stycznia 1879 r. l. 1393 Komitet administracyjny szpitali ogłasza konkurs na posady następujące w szpitalu św. Lazarza w Krakowie, a mianowicie:

I. W oddziale chorób wewnętrznych.

1) Sekundaryjusza klasy I z płacą roczną 600 zlr.
2) Sekundaryjusza klasy II „ „ 500 zlr.

II. W oddziale chorób położniczych.

3) Sekundaryjusza klasy I z płacą roczną 600 zlr.

III. W oddziale chorób umysłowych.

4) Sekundaryjusza klasy I z płacą roczną 600 zlr.

Sekundaryjusze klasy I winni mieszkać w szpitalu, w którym stosowne pomieszczenie z opałem i światłem otrzymają.

Posady sekundaryjuszów obydwóch klas, udzielone będą na lat dwa, jednakże przy odpowiedniém pełnieniu obowiązków będą mogły być przedłużone na drugie dwulecie.

Podania ostęplowane należy wnieść do Komitetu administr. szpitali krakowskich **najdaléj do 15 Lutego 1879** albo wprost lub przez swoją władzę przełożoną, i w nich wykazać: wiek, stan, miejsce urodzenia i stopień Dra medycyny otrzymany na jednym z uniwersytetów Monarchii austryjacko-węgierskiéj.

Kraków dnia 18 Stycznia 1879.

Z komitetu administracyjnego szpitali.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 8 lutego 1879. № 6. Rok XVIII.

I. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurg. we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

a) **Uwagi dotyczące cięcia krtani tarczykowego** *(Thyreotomia, Laryngofissio, Laryngotomia)* **i opis odnośnych czterech przypadków.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5.)

Jeszcze mniéj uzasadnioném jest ostatnie przez Hütera podane wskazanie do tyreotomii, a mianowicie: ciężkie uszkodzenia krtani, bądź złamania chrząstek, bądź rany cięte zadane w zamiarze zabójczym lub samobójczym ze znaczném zboczeniem odłamków chrząstkowych. Hüter opiera się pod tym względem na przypadkach znanych z literatury, a między innemi na trzech przypadkach przytoczonych w znakomitém dziele Gurlta *(Handbuch der Lehre von den Knochenbrüchen II. Th.* str. 316.), w których skutkiem złamania chrząstek krtaniowych i nieprawidłowych następowych zrostów wystąpiło takie ścieśnienie krtani, że chorzy byli skazani na dożywotnią rurkę tchawiczą. Tu możnaby zarzucić, że przez tyreotomiję da się wprawdzie odłamki odprowadzić, atoli nie można ich długo utrzymywać w prawidłowém położeniu względem rany na szyi. Wprawdzie może wystarczyć samo odprowadzenie, jak tego dowodzi następujący przypadek przytoczony przez Hütera. Eichmann uskutecznił w jednym przypadku złamania krtani cięcie w więzadle pierścienio-tarczykowém i przedłużył takowe o 2 linije ku górze w spójni tarczykowéj, a następnie przez tę ranę odprowadził za pomocą szczypczyków zgiętych odłamki chrząstek tarczykowych, poczém nastąpiło zupełnie prawidłowe wygojenie z utrzymaniem drożności krtani. Atoli tak samo można było te odłamki odprowadzić w drodze wziernikowéj, a nadto w ten sposób łatwą jest rzeczą utrzymywać odłamki w położeniu prawidłowém dopóty, dopóki tego wymaga potrzeba, za pomocą rozszerzających rurek kauczukowych Schröttera, których tenże od roku 1874 używa do powolnego rozszerzania krtani w przypadkach ścieśnienia, z pominięciem cięcia tchawicy. (Schrötter: *Beitrag zur Behandlung der Larynxstenosen Wien 1876.).* Zresztą powyższy przykład Eichmanna zaledwie można uważać za przypadek tyreotomii, albowiem uskuteczniono tam cięcie w spójni tarczykowéj tak małe (bo tylko 2 linije długie), że takowe pod żadnym względem nie zmienia istoty właściwego rękoczynu, jaki w tym przypadku został wykonany, to jest cięcia tchawicy pierścieniowego *(Cricotomia, tracheotomia cricoidea)*, jakoteż nie posiada żadnéj z właściwości tyreotomii, które są przedmiotem sporu między jéj przeciwnikami i zwolennikami. Sądzę, że nawet w przypadkach gwałtownego ścieśnienia krtani skutkiem zboczenia odłamków, jeżeli chory dostanie się w ręce lekarza obznajomionego ze sztuką wziernikowania i manipulowania w drodze wziernikowéj, a nadto rozporządzającego stósownym zbiorem przyrządów chirurgicznych; da się prawdopodobnie ominąć palijatywne cięcie tchawicy, jakie w innym razie może być konieczném, albowiem rurkami Schröttera można w każdym przypadku usunąć niebezpieczeństwo zaduszenia a nadto można używając stosownego kalibru takowych, tu i owdzie nawet bez użycia innych przyrządów odłamki odprowadzić i utrzymać w prawidłowém położeniu. W przypadkach zaś, w których zaniedbano jakimkolwiekbądź sposobem zaraz w początku odprowadzić odłamki i ograniczono się co najwięcéj do paliatywnéj tracheotomii, późniéj gdy nieprawidłowe zrosty już ustąpiły, nawet i tyreotomija staje się bezskuteczną; a choroba następowa przebiega naówczas w zupełnie odmiennéj postaci, a mianowicie zamiast złamania z zboczeniem odłamków przedstawia się ona lekarzowi, jako mniéj lub więcéj znaczne bliznowate ścieśnienie krtani, przeciw któremu to następstwu znów chirurgija wziernikowa lepszemi rozporządza środkami leczniczemi, aniżeli chirurgia *par excellence.*

Na tém kończę rzecz o wskazaniach do tyreotomii, a przystępuję do krótkiego a szczegółowego opisu moich przypadków, w których zastosowałem ten rękoczyn:

Przypadek I. Maryja Pawłowiczówna, dziewczynka 9 lat licząca, przybyła na oddział chirurgiczny w dniu 2 wrze-

śnia 1876; obaczyłem chorą dopiero w dniu następnym przy rannéj wizycie, kiedy przypady ścieśnienia krtani były tak znaczne, że nie tracąc wiele czasu na badaniu, lecz skonstatowawszy za pomocą wziernika pobieżnie, że wnętrze krtani było zupełnie wypełnione blado-różowemi i ruchomemi guzkami o malinowatéj powierzchni, przystąpiłem natychmiast do wykonania paliatywnéj tracheotomii, którą uskuteczniłem w więzadle pierścienio-tarczykowém i górnéj części tchawicy, nie myśląc jeszcze naówczas o ewentualnéj tyreotomii. Dopiero w kilka dni późniéj, kiedy rana na szyi była już pokryta zdrową i czystą ziarniną, badałem ponownie za pomocą wziernika. Guzki wyrastały: z tylnéj powierzchni nakrywki, z przedniéj ściany krtani, z obu wrzekomych i prawdziwych strun głosowych, jakotéż i z bocznych ścian krtani poniżéj strun głosowych, a przeważnie z obu zatok Morgagniego. Struny głosowe były zupełnie pogrzebane w nowotworze, a szczelina oddechowa występowała tylko podczas natężonego wdechu jako szpara linijowa. Zwolna usiłowałem chorą przyzwyczaić do manipulacyi wśródkrtaniowych, lecz próby te, powtarzane w mniejszych i większych odstępach, nie zaprawiały choréj do rękoczynu śródkrtaniowego mimo kilkumiesięcznego powtarzania, a ponieważ nadto i rozrost, jakotéż i postać nowotworu, nie rokowały wcale pomyślnego wyniku w drodze wziernikowéj, przystąpiłem w dniu 8 lutego 1877 do tyreotomii, zachęcony wówczas świeżym, podobnym przypadkiem Czernego (l. c.). Dodać należy, że niniejszéj chorobie towarzyszył zupełny bezgłos, tak że chora tylko cicho i niezrozumiale szeptała; kliniczny zaś obraz nowotworu przedstawiał t. zw. brodawczak. Choroba istniała w tym przypadku od 4 lat, a przyczyna jéj powstania była niewiadomą; jedynym zaś jéj objawem była uporczywa i stopniowo wzrastająca chrypka, która w ostatnich kilku miesiącach zamieniła się na zupełny bezgłos; z nim równocześnie zaczęła się zadyszka i ciągle odtąd wzrastała. Tyreotomija była w tym przypadku rękoczynem bardzo trudnym, a przynajmniéj o wiele trudniejszym, aniżeli w każdym innym przypadku, a mianowicie z powodu, że z jednéj strony ścieśnienie krtani było tak znaczne, iż chora nie mogła dłużéj aniżeli przez jedną minutę obejść się bez rurki tchawiczéj, a z drugiéj strony rurka tchawicza uszczuplała pole operacyjne w wysokim stopniu, ponieważ cięcie tchawicy było wysokie. Operowałem więc tylko w krótkich a bardzo licznych odstępach, wyjmując i napowrót wprowadzając rurkę tchawiczą. Dopiero po rozcięciu spójni tarczykowéj i przy pomocy haczyków rozciągających brzegi chrząstek tarczykowych mogłem stale wyjąć tę rurkę. W celu wydalenia nowotworu użyłem szczypczyków haczykowych, małych nożyczek Cooperowskich i małéj Brunsowéj skrobaczki; nakrywkę zepchnąłem palcem wskazującym ręki lewéj przez jamę ustną ku dołowi i oczyściłem jéj tylną powierzchnię doszczętnie z nowotworu przy pomocy wzroku. Krwawienie było mierne, a nawet znacznie mniejsze, aniżeli oczekiwałem, sądząc po barwie nowotworu; a wstrzymywałem takowe skutecznie malutkiemi kawałkami gąbki, utrzymywanemi za pomocą szczypczyków. Drażliwość błony śluzowéj krtani była tylko w początku operowania w wnętrzu krtani znaczną, oraz utrudniającą rękoczyn, wkrótce atoli chora znacznie się uspokoiła, tak że zdołałem rękoczyn ukończyć prawie bez przerwy. Po wycięciu nowotworu pomazałem wszystkie miejsca, gdzie takowy był osadzony, roztworem chlorku żelaza, a mianowicie za pomocą gałek ze skubanki w tym płynie zwilżonych. Oczyściwszy nareszcie ranę na szyi ściągnąłem przylepcem jéj brzegi, a przez dawniejszy otwór w tchawicy włożyłem rurkę tchawiczą, ponieważ nie chciałem doraźnie takowéj usunąć a zresztą obawiałem się następowego obrzęku głośni. Ten ostatni jednak nie wystąpił, natomiast powstał w pierwszych dniach dość ostry nieżyt oskrzeli, który wywołał mierne podniesienie ciepłoty i tak jeszcze tego samego wieczora podniosła się ciepłota do 39° C., a w drugim dniu spadła do 38° C. i na téj wysokości utrzymywała się przez dwa dni, poczém aż do wygojenia stan był bezgorączkowy. Rurkę tchawiczą wyjąłem w 5 dni po operacyi; gojenie postępowało raźno i bez powikłania. W dniu 4 marca 1877 r. M. P. wyszła ze szpitala jako uleczona; głos powrócił zaraz po operacyi, atoli dopiero do wyjęciu rurki zwolna nabył on siły i czystości; a w chwili wypuszczenia choréj był prawie zupełnie prawidłowy; niedawno temu przypadkiem dowiedziałem się, że dziewczynka jest zupełnie zdrową.

Badanie drobnowidowe jednego guzka wykazało: wyrostki brodawkowate pokryte kilkowarstwowym przybłonkiem wałeczkowym, a wewnątrz utkanie włókniste wśród którego liczne w części wrzecionowate a w części okrągłe komórki; naczynia krwionośne liczne a cieńkie; a zatém był to brodawczak krtani *(papilloma)*.

Przypadek II. S. matka urzędnika kolejowego, wdowa około 60 lat licząca, podaje że cierpi od 2 lat na chrypkę, a od pewnego czasu także na coraz bardziéj powiększającą się zadyszkę. Mowa bardzo utrudniona, co chwila przerywana, głos chrapliwy od czasu do czasu piskliwemi tonami urozmaicony; niedokrewność ogólna znaczna i brak sił. Badanie wziernikowe wykazało wielki guz o malinowatéj powierzchni, barwy blado-różowéj, poruszalny, o szerokiéj podstawie, poniżéj strun głosowych osadzony, a wciskający się pomiędzy struny i wypełniający prawie całą szczelinę głosową, tak że tylko $^1/_8$ część szpary głosowéj służyła do oddychania; lewa struna głosowa w przednich $^2/_3$ częściach obrosła nowotworem. Jakkolwiek wejrzenie makroskopowe tego nowotworu sprawiało wrażenie zwykłego brodawczaka, jednakowoż w obec złego wyglądania choréj, podeszłego wieku i szybkiego wzrostu nowotworu w ostatnich miesiącach (badałem kilkakrotnie chorą w większych odstępach) nabrałem przekonania, że mam przed sobą złośliwy nowotwór w postaci brodawczaka. Po kilkakrotnych usiłowaniach zaprawienia choréj do rękoczynu w drodze wziernikowéj, celem wyrwania małéj cząstki nowotworu do badania drobnowidowego, przyczém chora dostawała napadów zaduszenia, co ją często i bez żadnego powodu w ostatnich czasach a mianowicie w nocy spotykało, powziąłem postanowienie uwolnienia choréj od jéj choroby za pomocą tyreotomii, a to z tego powodu, że operując w drodze wziernikowéj byłbym prawdopodobnie miał do walczenia z znaczném zaduszeniem, któreby mogło uczynić potrzebném paliatywne cięcie tchawicy, pod takiemi warunkami będące rękoczynem trudnym i niepewnym, a najbardziéj dlatego, że uważałem nowotwór jako złośliwy, na co téż inni koledzy zaproszeni na naradę się zgodzili. W czerwcu 1877 r. wykonałem przy pomocy kilku kolegów tyreotomię bez narkozy. W tym przypadku krwawienie było znaczniejsze, aniżeli we wszystkich innych, a mianowicie już po rozcięciu spójni tarczykowéj, albowiem nadciąłem niespodziewanie sam guz, który wypełniał przedni kąt strun głosowych; lecz krwawienie to nie wywołało żadnych gorszych następstw, oprócz znacznego a rękoczyn bardzo utrudniającego krztuszenia się. Guz wyciąłem nożyczkami Cooperowskiemi; był on osadzony bardzo szeroką pod

stawą poniżéj lewéj struny głosowéj. Po wycięciu nowotworu, wstrzymaniu krwawienia i oczyszczeniu rany zewnętrznéj, ściągnąłem brzegi rany przylepcem, i nałożyłem zwyczajny opatrunek z waty zwilżonéj w rozczynie karbolowym. Przez kilka dni po operacyi musiałem chorą odżywiać za pomocą cewki połykowéj, albowiem połykanie było dla niéj bardzo bolesne i utrudnione. Przebieg gojenia rany był prawie zupełnie bezgorączkowy, albowiem ciepłota tylko w pierwszym dniu po rękoczynie podniosła się do 38° C. W ciągu dwóch tygodni nastąpiło zupełne wygojenie; w kilka tygodni po wygojeniu badałem chorą wziernikiem i znalazłem znaczne zaczerwienienie i obrzęk strun rzekomych, a przytém uskarżała się chora na kłócie w krtani; obawiałem się zapalenia ochrzęstny i następowéj zamartwiny chrząstki, lecz te przypady ustąpiły przy użyciu nastoju jodowego i zimnych okładów. W rok późniéj (w lecie 1878) przyszła chora do mnie celem zasiągnięcia rady z powodu odnawiającéj się chrypki, a badanie wziernikowe wykazało niestety początki recydywy; doradzałem choréj, ażeby poddała się rękoczynowi wziernikowemu, dopóki jeszcze choroba nie przybierze znaczniejszych rozmiarów, lecz ona odtąd u mnie wcale się nie pokazała. Głos choréj po tyreotomii stał się czyściejszym, a mowa łatwiejszą i potoczystszą, lecz w téj mierze skutek pozostawiał jeszcze dość dużo do życzenia. Badania drobnowidowego nie można było w tym przypadku uskutecznić, mimo że mi bardzo na tém zależało, albowiem guz wycięty podczas operacyi zatracony został przez kogoś.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Zarośnięcie pochwy zupełne, wrodzone nieistnienie ujścia macicznego.

Opisał Antoni Lachowicz,
Doktór medycyny i chirurgii.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5.)

Nazajutrz 23 lutego. W nocy cierpiała chora bardzo na kolki i bole w krzyżach, okolica podpępcza przy dotykaniu bolesna, guz powiększył się, chociaż nie tak jak przed operacyją, chora oddala mocz wieczorem i rano. Wyjąłem skubankę i knotek i zaraz polała się ciecz różowa z skrzepami pomięszana, co choréj znacznie ulżyło; nie było ani nudności, ani wymiotów, gorączka silna, tętno pełne, 123 uderzeń. (Macicę ostrożnie przestrzykałem letnim odwarem ślazowym, opatrunek jak wczoraj, ciepłe okłady na brzuch; byłbym chętnie zalecił kąpiel, ale to nie dało się uskutecznić.)

Dnia 24. Gorączka się zwiększa, tętno 135, chora skarży się na silne bóle w podpępczu, w pachwinach, krzyżach i na parcie ku dołowi, oddaje mocz często z bólem. Okolica podbrzuszna wzdęta, bolesna przy dotykaniu, macicę powiększoną łatwo wymacać, chociaż wypuk z powodu gazu nagromadzonego w jelitach jawny; knotek prawie zupełnie się wysunął z otworu macicznego. (Przestrzykałem macicę jak dnia poprzedniego, włożyłem w otwór macicy, zamiast knota ze skubanki, sondę elastyczną Nr. 8; upust krwi; dyjeta ścisła, ciepłe okłady, lewatywa z wody z dodatkiem dwóch łyżek gliceryny.)

Dnia 25. Chora daleko mniéj się użala, spała trzy godziny, skóra wilgotna, tętno 100, lewatywa dobrze poskutkowała. Wypukiwanie brzucha daje odgłos jawny, prawie aż do spojenia kości łonowych, dotykanie nie sprawia znaczniejszego bólu, z wyjątkiem prawéj strony u dołu, gdzie w głębi wyczuwać się daje mały guz. Śledzenie przez odbytnicę wykazuje, że macica znacznie się skurczyła, wargi sromne większe i mniejsze nie są obrzękłe, tak jak i dni poprzednich. (Wystrzykałem jamę macicy przez zgłębnik elastyczny, który pozostawiłem na miejscu, wypełniłem pochwę skubanką zwilżoną w glicerynie, okłady ciepłe na brzuch; rosół.)

Dnia 26. Chora spała prawie przez całą noc i nie skarży się na bóle, brzuch niebolesny, wyjąwszy po prawéj stronie u dołu, tętno 95. (Bulijon, mléko, klejek, lewatywy z wody z gliceryną.)

Od 1 — 5 marca. Chora odzyskała sen i łaknienie, które była utraciła od dwóch miesięcy, pozwoliłem jéj więcéj jadać. W okolicy podbrzusznéj niebolesnéj przy dotykaniu można jeszcze zawsze wymacać powiększoną macicę. Od 26 lutego kilka razy wyjmowałem na cały dzień sondę elastyczną, wypełniając tylko pochwę gąbką, zwilżoną w glicerynie, d. 5 marca wprowadziłem znowu sondę w otwór maciczny, a pochwę wypełniłem skubanką.

Dnia 18 marca. Ujście maciczne zwęziło się, tak że końca palca w nie wsunąć nie można, i obejmuje ściśle sondę Nr. 8, która wchodzi na $6\frac{1}{2}$ cm. w jamę macicy; objętość jéj jest przeto jeszcze znacznie większą. W pochwie prawie niema ropienia, a z macicy wycieka nieco płynu różowego, ciągnącego się. Zaprzestałem wkładać sondę w otwór maciczny, a tylko starałem się wypełniać gąbką i rozszerzać pochwę, która ma długości 9 cm.; to wydłużenie pochodzi zapewne od oddalenia się macicy od międzykrocza przez skurczenie. Chora wstaje z łóżka od czterech dni.

Dnia 20 marca. Bóle w krzyżach, parcie ku dołowi zapowiadały pojawienie się miesiączki, czemu chciałem dopomódz przez moczenie nóg i gorczyczniki; miesiączka jednak nie pojawiła się, a 24 marca wszelkie bóle zwiastujące ją ustały. Wprowadziłem napowrót sondę do macicy i pozostawiłem takową do 28go.

W ciągu miesiąca kwietnia rzadziéj odwiedzałem pacyjentkę, sondę zaprzestałem do otworu macicy wkładać, a tylko poleciłem niezaniedbywać rozszerzania pochwy, za pomocą gąbki w glicerynie zwilżonéj, i w cienki płatek płócienny owiniętéj, którą codziennie świeżą siostra choréj zakładała. Chora czuła się zresztą bardzo dobrze; między 20 — 24 t. m. powinna się była pojawić miesiączka, lecz jéj nie było.

Dnia 26 kwietnia. Chcąc wybadać chorą wprowadziłem do pochwy wziernik odbytowy, lecz na wysokości 3 cm. od otworu sromnego natrafiłem na rąbek kolisty, zwężający pochwę, który ponacinałem w kilku miejscach nożykiem z końcem tępym, poczém wziernik odbytowy dał się dobrze wprowadzić, lecz nie mogłem zobaczyć ujścia macicznego.

W tydzień potém gąbka, którą wprowadzano każdego dnia dla rozszerzania pochwy, została wypartą przez krew, w części płynną, w części skrzepłą, wypływającą obficie; była to miesiączka, która odpływała swobodnie po pierwszy raz u téj dziewczyny, przez 4, 5 i 6 maja.

Ponieważ górna część pochwy była zwężoną, co przypisywałem niedokładnemu wkładaniu tampona przez jéj siostrę niewprawną, przeto postanowiłem, począwszy od 7 maja osobiście robić choréj opatrunek mający na celu rozszerzanie pochwy i utrzymanie tegoż, co się uzyskało, to jest przewód na tyle szeroki i długi, że palcem swobodnie badać mogłem; codziennie więc wkładałem tampony ze skubanki albo z gąbki.

Dnia 5 lipca postanowiła chora wyjechać do rodziny; zaopatrzyłem ją w wałeczek bukszpanowy wydrążony wewnątrz, który zaleciłem jéj codziennie wkładać do pochwy i utrzymywać w tém położeniu za pomocą opaski odpowiedniéj.

Miesiączki niebyło w czerwcu, lipcu, ani téż w następnych miesiącach, wezwano mnie do niéj w marcu 1868, z powodu przypadów podobnych do tych, które wywołały pierwszy rękoczyn. Macica była znowu w objętości swéj bardzo powiększoną, a u dołu w prawym boku wyczuwałem mały guz, rozpoznany jako jajnik powiększony. Punkcyja macicy ukazała się znowu konieczną, lecz ponieważ pochwa miała wymiary dostateczne, uważałem przeto operacyję tę za dość łatwą i miałem nadzieję, że obecnie uda mi się nareszcie utrzymać należycie otwartém ujście maciczne; jakoż w istocie tak się stało.

Dnia 29 marca zrobiłem nowe przekłócie, które jak poprzednio rozszerzyłem w poprzek nożykiem gałeczkowym; krwi wypłynęło nieco mniéj, niż przeszłego roku. Chora zniosła ten rękoczyn bardzo dobrze i następnych dni zauważyłem zaledwie nieznaczne podniesienie tętna, czwartego dnia po operacyi mogła się już chora przechadzać. Obecnie mogłem całą mą uwagę poświęcić otworowi w macicy, gdyż pochwa nie wzbudzała we mnie nadal żadnéj obawy, była bowiem dość szeroką i długą prawie na 9 cm. przez wzniesienie się skurczonéj macicy ku górze; po wypróżnieniu jéj ze krwi wkładałem w otwór macicy codziennie cewnik sprężnikowy, przez który też przestrzykiwałem macicę.

Miesiączki nie było w kwietniu, lecz takowa pojawiła się w maju po trzech dniowych bólach zwiastujących i odtąd już pojawiała się każdego miesiąca, krew odpływała trzy dni a poprzedzały lekkie bóle w krzyżach, jak to bywa u bardzo wielu kobiet; łaknienie, sen i humor powróciły, a z niemi i dobry wygląd choréj.

Następstwa operacyi. W grudniu 1868, a zatém w 9 miesięcy po operacyi, młoda F. K. wówczas nieco więcéj niż 20 lat mająca, przyszła do mnie z zapytaniem, czy może wyjść za mąż? Dawniéj sam powiedziałem jéj rodzicom, że małżeństwo dla niéj uważam kiedyś z czasem za możliwe, mimo to zapytanie jej zaskoczyło mnie nieprzygotowanego; radziłem jéj przeto poczekać jeszcze jakiś czas, gdyż obawiałem się narazić ją na przypadki, których przebieg nie mógł być wiadomym; chociaż zresztą nie było dostatecznego powodu do bezwzględnego zakazu wejścia w związek małżeński. Spółkowanie było możebném, gdyż wymiary pochwy były odpowiednie; możliwość jednak zajścia w ciążę i następstwa tegoż wzniecały moje obawy i pod tym względem nie mogłem się kierować jakiémś zdaniem ustaloném; gdyż ani z własnego doświadczenia, ani z dzieł czytanych, nie mogłem wynaleźć odpowiedzi na to pytanie. Jeżeli nastąpi ciąża, to bezwątpienia podczas porodu szyjka maciczna przedstawiać będzie trudności; lecz trudności te w każdym razie nie będą większe, aniżeli w tych przypadkach, w których po zapłodnieniu nastąpiło zrośnięcie szyjki macicznéj, a doświadczenie dowiodło, że przebieg porodu i w tych przypadkach bywał pomyślny.

Bądź jak bądź pacyjentka we cztery miesiące późniéj, nie czekając mojéj decyzyi, wyszła za mąż; dowiedziałem się o tém przypadkiem we dwa tygodnie po ślubie, przejeżdżając przez wieś, którą wówczas zamieszkiwała. Odwiedziłem i badałem ją tegoż dnia tj. d. 24 lutego 1869 r.

Młoda ta kobieta zmężniała, sutki jéj znacznie się rozwinęły i wypełniły; dotąd nie spostrzegła co do miesiączki żadnéj różnicy, ani co do czasu pojawiania się, ani co do ilości odpływu, zdrowie jéj pod każdym względem wyborne. Ze sromu wypływa nieco płynu śluzowego, podobnego do białych upławów, pochwa ma około 9 cm. długości, a jest dość szeroką; żeby w niéj pomieścić dwa palce; ściany pochwy są miękkie, podatne, wysłane błoną różową, podobną z wejrzenia do błony śluzowéj, szerokość czyli pojemność pochwy jest u góry nieco mniejszą, niż u dołu lub po środku. W głębi pochwy ku górze wyczuwam odcinek macicy z otworkiem po środku, w który wchodzi z łatwością zgłębnik męcherzowy kobiecy, otworek ten okrągły ma brzegi twardsze i jakby nieco pomarszczone; części wystającéj, jaką zwykle przedstawia szyjka maciczna, nie ma; bo téż i rzeczywiście nie istnieje u téj kobiety ta część macicy, która się zowie częścią pochwową, a dno pochwy, węższéj w tém miejscu, otacza otwór maciczny dokoła. Powłoki brzuszne jędrne, a wypukiwanie brzucha daje wszędzie odgłos bębenkowy jelit aż do spojenia kości łonowych, a przy obmacywaniu nic daje się wyczuć ani macica, ani ów guz, który opisałem jako jajnik albo jajowód powiększony. Badając przez odbytnicę, wyczuwa się ciało twardsze, zaokrąglone, które jest odcinkiem dolnym macicy.

Nie była już pora po temu, by ganić zawarte małżeństwo, znajdowałem się w obec faktu spełnionego; pacyjentka przyznała mi się, że z początku spółkowanie było trochę trudne, lecz że po kilku próbach akt ten odbywał się z obopólném zadowoleniem; wreszcie obiecała mnie zawiadomić, gdyby została brzemienną.

O obietnicy mi danéj pacyjentka znowu zapomniała; lecz ponieważ fakt cały żywo mnie zajmował, więc przejeżdżając przez wieś w któréj mieszkała, odwiedziłem ją i dowiedziałem się, że jest brzemienną od trzech miesięcy. Ostatnia regularność była od 7 — 10 lutego, 12 t. m. wyszła za mąż i zaraz potém zaszła w ciążę; gdyż miesiączki bardzo regularnie się pojawiającéj od czasu wtóréj operacyi nie było. Przebieg ciąży był pomyślny; w ogóle zdrowie pacyjentki jak najlepsze, zrazu pojawiały się nudności i wymioty, lecz nie uczuwała bólu w brzuchu, który się powiększał stopniowo, jak w zwykłéj ciąży; ruchy dziecka poczuła w 4 i pół miesiąca po zajściu w ciążę i uczuwała je wyraźnie aż do jéj końca. W sierpniu, w czasie panującéj biegunki, i ona na takową zachorowała, a nie lecząc się, cierpiała z czasowém polepszaniem i pogorszaniem się przez trzy miesiące, co ją znacznie osłabiło.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Salicylan sodowy w leczeniu pokrzywki *(urticaria)*.

Podał Dr. Antoni Pietrzycki,
lekarz powiatowy w Kosowie.

Zaiste mało leków po dziś dzień znamy, któreby w tak krótkim czasie takiego rozgłosu nabrały i w tylu chorobach z takiém powodzeniem przez lekarzów były zadawanemi, jak kwas salicylowy i jego sól salicylan sodowy. Począwszy od gośćca stawowego ostrego, w którym salicylan sodowy niemal w sposób swoisty działa i wszystkie środki dotychczas znane w tym względzie przewyższa, używano go i w innych cierpieniach z skutkiem pomyślnym, jak w dnie *(arthritis)*, w cukrzycy *(diabetes mellitus)*, w durze brzusznym (tu korzystniéj działa

kw. salicylowy), w zapaleniu miedniczek nerkowych (*pyelitis*), w którém u dwóch przezemnie w ostatnim czasie leczonych chorych i dreszcze codziennie ponawiające się lepiéj niż po chininie znikały, i ciałka ropne od dnia używania salicylanu sodowego w sposób szybki z moczu ustępowały.

Gdy atoli mimo częstego używania salicylanu sodowego z użyciem takowego w pokrzywce nigdzie się nie spotkałem, a przypadek przez Dra Heinleina opisany (*Aerzl. Intelligenzblatt 1878. 15.*) przedstawia pokrzywkę raczéj jako następstwo użycia salicylanu sodowego, przeto chciałbym opisać 3 przypadki pokrzywki, salicylanem sodowym w ostatnich czasach leczonéj, aby wykazać, że skuteczność salicylanu sodowego w téj chorobie większą jest, aniżeli innych dotychczas używanych środków.

1) W zimie 1878 r. pozostając jeszcze w Jaśle, byłem zawezwany do panny Z. B., lat 18 liczącéj, która od dni 4 na pokrzywkę cierpiała. Wedle zeznania rodziców pokrzywka była u córki czémś zwykłém, gdyż od lat dwóch corocznie 3—4 razy na takową zapadała. Najprzykrzejszą była noc, pod którą bąble nie tylko na rękach, nogach i reszcie tułowia, ale i na twarzy tak mocno występowały, iż chora wieczorem cała jakby obrzmiałą się być wydawała, a wyniosłości te na drugi dzień rano acz znacznie mniejsze, zawsze na twarzy jeszcze dobrze były widocznemi. Dreszcze i gorączka towarzyszące wybuchowi pod każdy wieczór odbierały choréj apetyt w zupełności, a świąd nieznośny zamieniał spokój nocy na istne męki. Przepisałem obmywania octem zmięszanym z wodą kolońską, a wewnętrznie rozczyn chininu. Skutek na drugi dzień był ten, iż dreszcze zmniejszyły się, a w dniu 3cim zupełnie zniknęły, lecz wyrzuty jak poprzednio ponawiały się i teraz pod wieczór, połączone z nieznośnym świądem, który powyższe obmywanie tylko chwilowo, obmywanie zaś późniejsze wodą karbolową nieco lepiéj, lecz również tylko przemijająco łagodziło. Przepisałem salicylan sodowy w proszkach po 1·5 zawierających, z poleceniem używania ich 3 razy dziennie po jednym. Przybywszy na drugi dzień zastałem chorą wesołą, na twarzy i rękach bąbli nie było, chora opowiedziała mi późniéj, iż zaraz po użyciu drugiego proszku przed wieczorem już nie czuła więcéj świądu i że téj nocy już bąble wcale nie powstawały.

2) W dniu 6/7 1878 w 3 miesiące po poprzedniéj pokrzywce, dostaje pacyjentka ponownie pokrzywki na całém ciele razem z gorączką wieczorem pojawiającą się, oraz z wybuchem bąbli pod wieczór, które z rana znów po większéj części znikały. Przepisałem i tym razem tylko z powodu wybitnych wieczornych napadów rozczyn chininu, w skutek czego sen był lepszy, a dreszcze się zmniejszyły, lecz mimo wyżycia 3 gramów siarkanu chininu nie ustąpiły w zupełności. Przepisałem więc poprzednie proszki salicylowe, poczém bąble w nocy nie ponowiły się, a chora, która wyżyła i tym razem tylko dwa proszki, nie mogła się w dniu następnym nachwalić ich skuteczności.

3) W dniu 29 grudnia 1878 r. w 2 miesiące po przybyciu mojém do Kosowa, wezwany zostałem do mężatki lat 21 liczącéj, nieco niedokrewnéj, o trawieniu w ogólności mniéj niż mierném, u któréj pokrzywka podobnie jak w przypadkach pierwszych już od dni dwóch pod każdą noc coraz bardziéj występowała i nieznośny świąd sprawiała; powodem miało być spożycie rydzów w occie kwaszonych. Gdy i tu dreszcze pod wieczór występowały, przepisałem rozczyn chininu i obmywanie wodą karbolową, skutek atoli w dniu następnym był bardzo nieznaczny, a w dniu 3cim leczenia żaden. Przepisałem teraz mój dawny środek: salicylan sodowy w proszkach (po 1·5 grama), skutek był wyśmienity. Tego wieczora po użyciu 3 proszków był tylko szum i pisk w uszach, bąble zaś już się nie pojawiły.

Trzy te przypadki uprawniają mię więc do przypuszczenia, że w salicylanie sodowym mamy jeden ze środków najskuteczniejszych w pokrzywce, byleby tylko dawka salicylanu sodowego była dostatecznie wielką.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Blache: **O użyciu wewnętrzném oleju skalnego w chorobach dróg oddechowych.**

Od dawna już używano tego środka w wielu chorobach, największą jednak skuteczność jego stwierdzono w chorobach skórnych. Podawanie jednak wewnętrzne oleju skalnego napotykało na wielkie trudności, raz z powodu wstrętnego zapachu i smaku, a powtóre i ze względu, że lek ten nie był dobrze zbadany chemicznie.

Myśl wskrzeszania niejako używania oleju skalnego wewnętrznie w celach leczniczych, a mianowicie w chorobach dróg oddechowych, przyszła autorowi po wydarzeniu następującém:

Rok przeszło temu prefektura policyi w Paryżu, zawezwała jednego z rafinerów petroleju, oskarżając go o nieprawne leczenie olejem skalnym. Zakazano mu nadal podobnéj terapii, dowody wszakże ze śledztwa lekarskiego wyprowadzone w téj sprawie dostarczyły następnych wyników: W zakładzie oskarżonego, który zatrudnia wielką liczbę robotników, pewne choroby, a mianowicie dróg oddechowych, prawie się nie zdarzają pomiędzy robotnikami, mimo narażania się ich na gwałtowne zmiany ciepłoty i obarczania uciążliwą pracą, często przy znaczném ubóstwie. Wielu z robotników, którzy przed wejściem do fabryki byli wątłymi i wychudłymi, po dłuższéj tam pracy, wzmacniało się na siłach i nabywało nawet tuszy. Inni opowiadali, że nie będąc w fabryce czas jakiś, a przeziębiwszy się w domu doświadczali ucisku, bólów w klatce piersiowéj i kaszlu, po powrocie zaś do pracy, wśród wyziewów wytwarzanych ze zbiorników zawierających przeszło 800,000 litrów petroleju, w bardzo krótkim czasie pozbywali się owych dolegliwości. Fakta te były wiadome mieszkańcom sąsiadującym z rafineryją, co dzień więc zwiększała się klientela fabryki.

Blache cytuje przypadek, w którym jeden z robotników przez pomyłkę wypił całą szklankę petroleju, poczém nastąpiły nudności bez wymiotów i rozwolnienie trwające około 24ch godzin, objawy te znikły jednak same w krótkim czasie.

U tych osób, które leczyły się olejem skalnym branym z fabryki, zażywając go po łyżeczce od kawy dwa razy dziennie, nie spostrzegano żadnych objawów ubocznych, prócz nieznacznych nudności, które jeżeli chorzy brali oléj skalny przed samém jedzeniem nie powtarzały się. Ci zaś, którzy nadużywali środka, (po łyżce stołowéj) dostawali miernéj biegunki. Na zasadzie tych faktów autor przedsięwziął dokładniéj wypróbować skutki oleju skalnego i doświadczenia swoje zbierał w szpitalu Beaujan w Paryżu na oddziale chorych Dra Milarda. Z uwagi na wstręt lub uprzedzenie, mogące powstać u chorych, którzy mieli zalecony oléj skalny, autor polecił aptekarzowi zrobić kapsułki, które nazwano kapsułkami olejku z Gobiau (*Huile de Gobiau*), synonim petroleju według farmakopei francuskiéj wzięty od nazwy miejscowości Gobiau w departamencie Herault, gdzie od dawna istnieją kopalnie oleju skalnego. Do kapsułek użyto oleju skalnego

nieoczyszczonego, z powodu, że do czyszczenia nafty używanym bywa kwas siarkowy, którego ślady w niéj się znajdują, a wreszcie że przez oczyszczenie traci się znaczną część składników. Chorzy znosili dobrze kapsułki, należało je jednak brać przed samém jedzeniem, by uniknąć odbijania się, i w pierwszym dniu użycia środka krótko trwających nudności. Cel, jaki autor osiągnął, odpowiedział oczekiwaniom; olej skalny, zadawany w nieżytach ostrych oskrzeli działał pomyślnie, przerywając niejako chorobę, tj. nie dając jéj przejść w drugi okres i w krótkim czasie następować miało wyleczenie. W nieżytach przewłocznych, tam gdzie plwociny wyrzucane bywały obficie, używanie oleju skalnego zmniejszało takowe a zarazem i kaszel. W dychawicy *(asthma)* podobnież nieżyt oskrzeli i napady duszności ustępowały nawet u chorych od lat wielu cierpiących. W suchotach Blache także podawał olej skalny, nie może jednak jeszcze wyrzec stanowczego zdania; zmniejszając wszakże towarzyszący suchotom nieżyt oskrzeli, a tém samém i kaszel, można było nieco poprawić tym chorym stan ich ogólny, przez sprowadzenie pewnego spokoju. Przypuszcza jednak B. wyższość tego leku nad przetworami smoły i kreozotu, z powodu łatwiejszego przyswajania się w ustroju; chociaż działanie wszystkich tych środków w chorobach dróg oddechowych zależy od bogactwa w wodniki węgla, działające lecząco w tych razach. *(Bullet. Gén. de Thérap. 15 Decembr.* 1878.)

Dr. M. Żebrowski.

Dr. Basevi: **Leczenie wypadnięcia prostnicy u dzieci.**

W *Wiener medicinische Presse* zamieścił B. opis leczenia, które stosuje z wybornym skutkiem u dzieci cierpiących na wypadanie prostnicy. Jeśli wypadnięcie nastąpiło po raz pierwszy, poprzestaje B. na lekkiém przyżegnięciu błony śluzowéj jelita azotanem srebrowym, i na daniu po poprzedniém odprowadzeniu kilku enem zimnych z garbnikiem i ałunem; jeśli zaś sprawa chorobowa trwa od dawna, jeśli wypadanie powtarza się często, posługuje się B. opaską, którą stosuje w sposób następujący: układa on dziecko na brzuszku, jeden z pomocników przytrzymuje ramiona, drugi podnosi po nad poziom łóżeczka nieco oddalone od siebie kolana; po uskutecznieniu odprowadzenia operator znajdujący się po stronie prawéj, kładzie rękę lewą na oba pośladki pacyjenta, wielki palec na lewéj, resztę na prawéj stronie i przyciska je nieco do siebie, ręką zaś prawą zakłada 3 cm. szerokie paski przylepca, z dołu ku górze zachodzące jedne na drugie i zajmujące przestrzeń międzykrętarzową, po nad pośladki; dla umocowania pasków zakłada B. na nie opaskę klosową podwójną, na grzbiecie krzyżującą się. Opatrunek ten pozostaje na miejscu 10—15 dni; uniemożebnia on wypadnięcie, a w niczém nie utrudnia oddawania stolca. Już dawniéj radzono przyciskać do siebie oba pośladki w chwili oddawania stolca, by zapobiegać jednoczesnemu wysunięciu się jelita; najskuteczniéj jest kłaść na wznak dzieci w czasie oddawania kału; na téj zasadzie oparł B. pomysł swéj opaski. Zdawałoby się a priori, że nie odpowie ona swemu zadaniu, że narażona na ciągłe pociągania, łatwo się rozejdzie, że trudno ją utrzymać dwa tygodnie bez zmiany, skoro jest tak narażoną na zanieczyszczanie; założona za wysoko nie zbliży dostatecznie pośladków, założona za nisko uczyni zanieczyszczenie nieuniknioném. Lecz pomimo tych, mimowolnie nasuwających się uwag, tylko kilkakrotne stósowanie téj opaski i naoczne przekonanie się winno orzekać o praktycznéj jéj wartości.

We wrześniu opisał Dr. Bryant (w *The Lancet)* dwa przypadki wypadnięcia jelita, wyleczonego przyżeganiem błony śluzowéj. Pierwszy tyczy się 4-letniéj dziewczynki, cierpiącéj na bardzo uporczywe wypadanie; Bryant zachloroformował chorą, wylapisował błonę śluzową jelita wypadniętego, odprowadził je i zastósował tampon; po przebudzeniu się dziecko cierpiało silne bóle i oddawało mimowolnie stolce, lecz nazajutrz stan choréj był dobry, wypadnięcia nie było a zwieracz nabrał siły i kurczliwości. Drugi przypadek był o wiele uporczywszym; 20-letnia chora kilkakrotnie ulegała w ciągu życia wypadaniu jelita, które powtórzyło się latem zeszłego roku; w chwili przyjęcia jéj do Guy's hospital stwierdzono rozluźnienie zwieracza, oraz rozpulchnienie błony śluzowéj prostnicy, wysuwającéj się przy lada nasileniu. Przyżegano po zachloroformowaniu jelito żegadłem chemicznem (*thermocauterium)*, kreśląc linije poprzeczne i podłużne, i następnie je odprowadzono; chora doznawała po przebudzeniu się silnych bólów w międzykroczu, które wprawdzie ustąpiły, lecz jelito nie przestało wypadać przy każdym stolcu. Po miesiącu przyżegano po raz drugi i pomimo stósowania czopków morfinowych, ból w dolnéj części brzucha był bardzo dotkliwy a mocz zatrzymany, stan ten po paru dniach złagodniał, lecz jelito ponownie wypadać zaczęło. W miesiąc późniéj przyżegano po raz trzeci, poczém wystąpiły wymioty bóle i zatrzymanie moczu, a wypadanie jelita stanowczo ustąpiło dopiero po czwartém przyżegnięciu.

Ostatni przypadek dosadnie poucza, jaka zachodzi różnica kliniczna między wypadnięciem jelita u dziecka i u osób dorosłych, oraz jak energicznych czynników leczniczych wymaga leczenie tych ostatnich. (*Le Progrès Médical*).

Dr. A. Kwaśnicki.

Esmarch: **Wyleczenie dwóch tętniaków za pomocą ucisku drążkiem.**

Przypadki te stanowią ilustracyję do sposobu podanego jeszcze w r. 1876 na 4tym wiecu chirurgów niemieckich przez E. a polegającego na ucisku wywartym za pomocą drążka opartego jednym końcem o powałę, a drugim końcem w okolicy pachwinowéj na przebiegu tętnicy udowéj. 58-letni mężczyzna okazywał tętniaki t. udowéj po obu stronach prawie jednakiéj wielkości. Dla porównania użył E. na stronie lewéj swéj opaski elastycznéj, zakładając ją 3 razy dziennie na pół godziny; na stronie zaś prawéj użyto ucisku drążkowego 3 razy dziennie po godzinie. Gdy po 14tu dniach prawy tętniak zaczął twardnieć i zmniejszać się, a lewy jeszcze żadnych nie okazał zmian zaprzestano ucisku elastycznego i zaczęto uciskać drążkiem także i na stronie lewéj. W 38 dniu po rozpoczęciu ucisku ustało tętnienie po stronie prawéj, po stronie lewéj w 26 dni po rozpoczęciu ucisku drążkowego. Inteligentny pacyjent opisywał dokładnie chwilę ustania tętna; łączyło się ono z napływem krwi do głowy, szumem w uszach, lataniem płatków przed oczyma, zawrotem głowy, silném biciem serca i paleniem w odnodze. Stan taki trwał tylko chwilę i ustępował miejsca rozlewnym potom. W kilka dni późniéj mógł pacyjent już chodzić i po upływie 6 miesięcy był zupełnie zdrowym; w miejscu tętniaków pozostały twarde obrzęki, które powoli się zmniejszały. *(Centralbl. f. Chirurg. Orig. Mitthg.* 1879, Nr. 5). *A. O.*

V. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie II z dnia 15go stycznia 1879 r.

Przewodniczący kol. Ściborowski. Obecnych członków 25.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5.)

3) Kol. prof. Rydel mówił o zapobieganiu myopii i podał rezultaty, jakie otrzymał w leczeniu krótkowidzenia pozornego. Nie ulega żadnéj wątpliwości, że myopija w ostatnich czasach robi coraz większe postępy, tak co do ogólnéj liczby krótkowidzów, jak co do stopnia krótkowidzenia; przyczyną tego jest coraz większy wymiar pracy ocznéj, jaka przypada teraźniejszym pokoleniom w skutek większych wymagań szkoły i w różnych zawodach życia. Zachodzi pytanie, w jaki sposób praca oczna tj. widzenie połączone z akomodacyją sprowadzić może myopiję, bo przecież nie wszyscy, którzy pracują oczami stają się krótkowidzami; pod tym względem nauka przypuszcza usposobienie wrodzone. Bardzo rzadko myopija sama jest wrodzona, ale do nabycia jéj potrzeba usposobienia, które polega na mniejszéj odporności czyli większéj podatności twardówki, co umożliwia wydłużenie się gałki ocznéj, odbywające się na koszt tylnego odcinka jéj ściany; usposobienie to zwykle jest wrodzone a najczęściéj dziedziczne. Łatwo się przekonać, że najczęściéj rodzice krótkowidzów a przynajmniéj jedno z nich, mają budowę oka niedomiarową. Przy danem usposobieniu praca oczna wywołuje myopiję, do czego przyczyniają się warunki w jakich wykonywaną bywa: 1) pochylenie głowy naprzód utrudnia odpływ krwi żylnéj z oka a w skutek tego zwiększa się ucisk śródoczny, 2) przedmioty muszą być blisko trzymane, co wymaga krzyżowania się osi widzenia w małéj odległości, przytem kurczy się nie tylko mięsień prosty wewnętrzny i jego przeciwnik, ale wszystkie mięśnie gałki ocznéj, co także ucisk śródoczny podnosi, 3) samo akomodowanie staje się powodem rozciągania twardówki, gdyż przy akomodacyi zostaje według Hensena i Völkersa naczyniówka ku przodowi pociąganą, co daje powód do mechanicznego przekrwienia tejże i do obfitszego przesączania z jéj naczyń, a w dalszem następstwie do podwyższenia ucisku śródocznego. Znajomość sposobu, w jaki przy wrodzonem usposobieniu praca oczna sprowadza myopiję, podaje nam ważne wskazówki, jak jéj zapobiegać należy. Ale możnaby się zapytać, na co zapobiegać krótkowidzeniu, skoro ten stan refrakcyi przedstawia nawet pewne korzyści dla pracujących oczami, gdyż krótkowidz średniego i wyższego stopnia może czytać, pisać i w ogóle wykonywać pracę oczną nie akomodując wcale, a przy myopii niższego stopnia pracować z mniejszym wysiłkiem akomodacyjnym niż człowiek z oczyma miarowemi; do pewnego stopnia słusznie uchodzą więc oczy krótkowidzące za wytrwałe, a cała niedogodność krótkowidzenia niższego a nawet jeszcze średniego stopnia polega na potrzebie używania szkieł wklęsłych do widzenia przedmiotów odległych. Przy bliższem jednak poznaniu rzecz się inaczéj przedstawia, bo myopija nabyta wzmaga się zawsze aż do 20—25 roku życia, a jeżeli w tym czasie dojdzie do wyższego stopnia, wzmaga się ciągle lub okresowo przez resztę życia, zaś doszedłszy do wysokiego stopnia sprowadza groźne niebezpieczeństwa dla wzroku, w skutek oderwania siatkówki, zapaleń naczyniówki, krwotoków do ciałka szklanego, zaćmienia tegoż itd. Bardzo też wielu krótkowidzów wyższego stopnia traci wzrok w późniejszym wieku; dlatego ciąży na lekarzu obowiązek zapobiegania myopii a przynajmniéj niedopuszczania jéj wzrostu znaczniejszego. Ponieważ myopija powstaje zwykle w tym czasie, gdy dzieci zaczynają się uczyć, zwrócono w nowszych czasach bardzo pilną uwagę na urządzenie szkół w ten sposób, aby o ile możności usunąć warunki sprzyjające jéj powstawaniu i dalszemu wzmaganiu się. Ważnem bardzo pod tym względem jest należyte sadowienie dziecka przy nauce, podano téż, a w wielu szkołach nowszych zaprowadzono już wzorowe siedzenia rozmaicie urządzone. Zgodzono się jednak na pewne ogólne zasady; mianowicie: wysokość siedzenia i ławki powinny pozostawać w pewnéj proporcyi; siedzenie powinno być oddalone od podłogi o $^2/_7$ wysokości dziecka (długość podudzia), tak aby siedząc, nogami opierało się o podłogę lub o podnóżek. Ławka lub stół powinna być wyższą od siedzenia o odległość łokcia (przy odnodze wolno zwieszonéj) od guza kości siedzeniowéj, wynoszącą $^1/_7$ wysokości dziecka z dodatkiem 2—2$^1/_2$ cala ze względu na to, że łokieć posuwa się przy pisaniu naprzód a zarazem w górę; brzeg siedzenia i ławki powinny się znajdować przynajmniéj w jednéj płaszczyźnie pionowéj, a lepiéj jeszcze aby brzeg siedzenia podchodził o parę cali pod ławkę, która powinna mieć pulpit ruchomy, aby dziecko swobodnie wstawać mogło. Nader wielkiéj wagi jest należyte oświetlenie izby szkolnéj, a to wymaga aby na 1 stopę □ jéj powierzchni przypadało przynajmniéj 30 cali □ szkła. Okna powinny być umieszczone z tyłu i z lewéj strony a nigdy z przodu i prawéj. Dzieci nie powinny za wiele pracować oczyma, dłuższe czytanie i pisanie należy przerywać innemi zajęciami; w ogóle nauka szkolna nie powinna w tak wczesnym wieku się rozpoczynać, jak się to dzisiaj dzieje. Nauczyciel lub dozorujący powinien baczną uwagę zwracać, aby dzieci czytając lub pisząc nie pochylały głowy nad potrzebę, do czego mają wielką skłonność; nie pomagają tu często żadne napomnienia, dlatego obmyślano różne przyrządy nie dozwalające dzieciom zbytniego schylania głowy. Bardzo prosty a odpowiedni zdaniem prelegenta jest sposób podany przez Reussa, który zaleca przywiązywać końce tasiemki przez czoło poprowadzonéj do wysokiego oparcia krzesła w ten sposób, żeby nie dozwalała głowy bliżéj nad 12 cali do stołu nachylić, pociągnięcie tasiemki ostrzega dziecko, że zanadto głowę nachyla. Przed laty dziesięciu (w r. 1868) zwrócił pierwszy Dobrowolski w Petersburgu uwagę na to, że bardzo często napotykamy u krótkowidzów w wieku młodocianym kurcz akomodacyjny, który sprawia, że myopija pozornie okazuje się wyższą niż jest w rzeczywistości, a nawet może hypermetropiję zamienić na myopiję pozorną; zarazem wykazał Dobrowolski na 105 przypadkach, że kurcz ten można usunąć przez energiczne zapuszczanie roczczynu atropinu i w ten sposób myopiję pozorną lub pozornie zwiększoną usunąć lub zmniejszyć. W r. 1872 Schiess w Bazylei ogłosił 101 przypadków myopii połączonéj z kurczem akomodacyjnym leczonych atropinem, a w roku 1874 Schröder 290 przypadków. Zestawiając rezultaty takiego leczenia otrzymane przez Dobrowolskiego, Hoscha, Schiessa i Schrödera okazuje się, że z 553 oczów powikłaną była myopija rzeczywista lub pozorna z kurczem akomodacyi w 425 (76.85%) oczach. Znane są pewne objawy, które przemawiają za takiem powikłaniem. I tak: 1) zazwyczaj dowiemy się, że myopija w ostatnich czasach zrobiła znaczne postępy, 2) napotkamy źrenicę szerszą (według innych węższą), jak to bywa w przypadkach myopii postępującéj w ogólności, 3) nie zawsze ale często chorzy skarżą się, że ich oczy przy pracy nużą się i bolą szczególniéj przy świetle sztucznem, skłonni są do łzawienia, a badając wziernikiem znajduje się oznaki przekrwienia siatkówki, czasem nawet lekkie zamglenie tarczy nerwu wzrokowego. Bystrość wzroku bywa często zmniejszoną. 4) Jeżeli kto ma dostateczną wprawę w oznaczeniu refrakcyj za pomocą wziernika, przekonać się może w takich przypadkach, że stopień myopii oznaczony za pomocą wziernika jest niższy, aniżeli stopień znaleziony zwykłym sposobem za pomocą szkieł wklęsłych. Jest to niewątpliwy dowód, że mamy do czynienia z myopiją pozorną lub pozornie zwiększoną; kurcz bowiem akomodacyjny nie jest kurczem tężcowym i zmniejsza się podczas badania wziernikowego, gdy każemy badanemu patrzeć w dal. Z 62 oczów, które prelegent leczył atropinem tylko w 7 (11.29%) nie wywołało leczenie żadnéj zmiany w refrakcyi, w 7 (11.29%) myopija pozorna zamieniła się w hypermetropiję, w 48 zaś czyli 77.42% zmniejszył się stopień myopii mniéj lub więcéj, razem więc było w 55 oczach czyli 88.71% powikłanie z kurczem akomodacyi. Najwyższy stopień zmniejszenia refrakcyi jaki prelegent zauważył wynosił $^1/_6$, tj. kurcz zwiększył refrakcyję pozornie o siłę łamiącą soczewki o 6 calowéj odległości ogniskowéj. Z 55 oczu, w których w ogóle był kurcz akomodacyi, doznało 32 zmniejszenia refrakcyi równego lub większego od $^1/_{50}$, w 21 na 55 zwiększyła się w ogólności lub wróciła do prawidła zmniejszona poprzednio bystrość wzroku. W kilku przypadkach przekonał się prelegent, że zmniejszenie refrakcyi było trwałe, gdyż po kilku miesiącach (a w dwóch po 2 latach) znalazł taką samą lub małoco większą refrakcyję, jak po ukończeniu kuracyi, w kilku innych jednak zauważał po dłuższym przeciągu czasu pewne zwiększenie się refrakcyi do stopnia pierwotnego,

a w jednym nawet do wyższego. W najrozmaitszych stopniach myopii zdarza się kurcz akomodacyjny, przyznać jednak trzeba, że częściéj w niższych i średnich niż w wysokich. Jeżeli kurcz trwa dłuższy czas, to pozorne zwiększenie refrakcyi zamienia się w rzeczywiste, tak że późniéj choć kurcz ustąpi pozostaje rzeczywista myopija. Usuwając wcześnie kurcz przez zapuszczanie atropinu, wstrzymuje się postępy myopii, a zarazem zwiększa się bystrość wzroku upośledzoną w skutek przekrwienia siatkówki. Jeżeli po usunięciu kurczu akomodacyjnego krótkowidz znowu zacznie pracować oczami, może kurcz powrócić a w takim razie należy leczenie powtórzyć. Jeżeli w ten sposób zapobiegnie się rzeczywistemu zwiększeniu myopii do wyższego stopnia przed ukończeniem 20 lub 25 roku życia, odda się choremu istotną usługę, bo myopija niższego stopnia nie wzmaga się już zazwyczaj po tym wieku, a sama przez się nie zagraża wzrokowi. Samo leczenie polega na zapuszczaniu rozczynu atropinu (1 : 100—120) dwa razy dziennie przez 3—4 tygodni. Przy tém chory powinien się wstrzymywać od wszelkiéj pracy ocznéj i nosić okulary dymne.

W dyskusyi kol. Grabowski podnosi, że sprawa zapobiegania myopii zajmuje bardzo żywo od lat kilku higijenistów, ponieważ do zadań higijeny należy usuwanie szkodliwości dla zdrowia; odpowiednia budowa szkół ma wielkie znaczenie, sama jednak nie zapobieży wzmaganiu się myopii; należałoby zmienić cały system wychowawczy, który zanadto przeciąża dzieci pracą oczną. Cohn i Erismann przekonali się, że w miarę jak uczniowie postępują z klasy do klasy, wzrasta także odsetek myopii tak co do ogólnéj liczby krótkowidzów jak i jéj stopnia. Pisanie kredą na tablicach w szkołach początkowych jest także niewłaściwe, Haeser bowiem przekonał się, że aby dokładnie widzieć czarne pismo na białém tle potrzeba tylko $^3/_4$ odległości koniecznéj dla wyraźnego widzenia białego pisma na czarném tle; należałoby więc pisanie kredą i szyferkiem na tabliczkach z szkół usunąć. Kol. prof. Rydel dodaje, że pierwszym, który badał refrakcyję u uczniów był Szokalski; badania jego robione na uczniach szkoły Collège Charlemagne nie były jednak prowadzone na tak wielką skalę, jak Cohna we Wrocławiu, który sam zbadał przeszło 10.000 dzieci chodzących do szkół i przekonał się, że im szkoła była położona w ciaśniejszéj ulicy, im klasa była ciemniejsza, tém większy znajdowano w niéj odsetek krótkowidzów; udowodnił w ten sposób, że praca oczna powinna być wykonywaną w najkorzystniejszych warunkach.

4) Kol. przewodniczący okazuje narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne z fabryki p. Witoszyńskiego w Krakowie, nadesłane do ocenienia komisyi popierającéj przemysł krajowy. Narzędzia te odznaczają się staranném wykończeniem i bardzo dogodném urządzeniem.

5) Kol. przewodniczący składa nadesłane towarzystwu odbitki prac kol. Krówczyńskiego: „Zapiski kazuistyczne“ i o „metodzie leczenia zwanéj Goerbersdorfską,“ tudzież Nr. 1 *Zdrowia* przesłany towarzystwu przez redakcyję tegoż pisma.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. Skórkowski.

VI. Ambroży Tardieu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5.)

Żałujemy, że czasopisma francuskie nie podały dotąd bliższych szczegółów, do życia Tardieua odnoszących się; wiemy tylko tyle, że się urodził w r. 1818, że w 23 roku życia swego otrzymał stopień doktora medycyny, że nie mając jeszcze lat 30 był profesorem nadzwyczajnym i lekarzem szpitala Lariboisière a późniéj w Hôtel-Dieu, że po śmierci Orfili († 12 marca 1853) otrzymał posadę prof. medycyny sądowéj, że był lekarzem przybocznym cesarza, dziekanem wydziału lek. przez rząd mianowanym, członkiem akademii lekarskiéj, prezydentem komitetu *„d'hygiène publique de France,“* że miał rozległą praktykę ogólną i sądowolekarską. Jako lekarz sądowy wydał przeszło 5000 orzeczeń ważniejszych, był przez długi czas współredaktorem czasopisma *„Annales d'hygiène publique,“* w którém bardzo liczne zamieszczał rozprawy, nadto brał żywy udział naukowy we wszystkich współczesnych kwestyjach sądowolekarskich, choć za granicami Francyi agitujących się, jak np. w sprawie morderstwa popełnionego na osobie hr. Görlitzowéj w Darmstadzie, morderstwa popełnionego w Londynie przez Dra Palmera, w sprawie potworu bliźniaczego, t. zw. słowika dwugłowowego (panny Millie i Christine), a wreszcie napisał liczne monografije, obejmujące prawie cały obszar medycyny sądowéj. Byłoby prawie niepodobieństwem wyliczyć wszystkie jego prace sądowolekarskie, dlatego poprzestajemy na wymienieniu główniejszych, trzymając się kolei nie chronologicznéj lecz systematycznéj: *Étude médico-légale sur les attentats aux moeurs* (aż do r. 1872 doczekało się 6 wydań); *l'histoire médico-légale de la syphilis et ses diverses transformations* (1861 i 1864), *É. m. l. sur l'avortement* (1867), *É. m. l. sur l'infanticide* (1868), *Mémoire sur l'examen microscopique des taches formées par le meconium et l'enduit foetal* (1857), *É. m. l. sur les blessures par l'imprudence* (1871), *Relation m. l. de l'assassinat de la Comtesse de Goerlitz et reflexions pour servir à l'histoire de la combustion spontanée* (1850), *Mémoire sur la mort par suffocation* (1856), *É. m. l. sur la pendaison, le strangulation et la suffocation* (1870), *É. m. l. et clinique sur l'empoisonnement* (wspólnie z Roussinem, 1072 str., 1867), *Mémoire sur l'empoisonnement par la strychnine* (przyp. Palmera 1856), *Empoisonnement par la strychnine, l'arsenic et les sels de cuivre* (1865), *Empoisonnement par la digitaline* (przyp. La Pommerais, 1864), *Nouvelles observations sur l'éxamen du squelette dans les recherches m. l. concernant l'identité* (1863), *Du tatuage consideré comme signe d'identité* (1855), *Mémoire sur les modifications, que determine dans certaines parties du corps l'exercice des diverses professions, pour servir à l'histoire m. l. de l'identité* (1849), *É. m. l. sur les assurances sur la vie* (razem z Taylorem 1865), *É. m. l. sur la folie* (1872, str. 610), pomijając pomniejsze oraz obfitą kazuistykę.

Również liczne są prace Tardieua w dziedzinie higijeny; główniejsze z nich są: *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité* (w 4 tomach, 2 wyd. 1862), *Voiries et cimetières* (praca konkursowa 1852), *Étude hygiénique sur la profession de mouleur en cuivre* (1855), *É. h. sur la fabrication des allumettes* (1855), *Sur la coralline* (1869), *Rapport au sujet du projet de construction du nouvel Hôtel-Dieu* (1863), *de la morve et du farcin chronique chez l'homme* (1843). Nie dosyć na tém, istnieje i *Manuel de pathologie et de clinique médicales* (3cie wyd. 1866, str. 915), napisany przez Tardieua, jakoby na dowód, że uczynił zadość i obowiązkom lekarza szpitalnego i praktyka.

Jeżeli w obec tego ogromu prac literackich zapytamy się, jakim sposobem człowiek, który zaledwie doczekał się 60go roku życia, obarczony tak licznemi obowiązkami i czynnościami, mógł rozwinąć i tak znakomitą działalność piśmienniczą, to odpowiedź na to pytanie znajdziemy chyba w fakcie, że ludziom znakomitym jakoś nigdy czasu nie zbywa, bo oni pracują wtedy, kiedy inni odpoczywają lub bawią się, i że praca łatwiéj im idzie, aniżeli innym śmiertelnikom. Tardieu nadto w pracy piśmiennicznéj miał na usługi swoje: znakomitą pamięć i rozległe doświadczenie. Wielkie dzieło o truciznach napisał w przeciągu 6 tygodni i to pracując nad niém tylko po 4 godziny dziennie, zazwyczaj w ulubionych godzinach rannych od 8—12. Łatwo tedy pojąć, że mąż taki mógł wiele napisać pracując nieprzerwanie przez lat 36, (od r. 1843—1879), aż do ostatniego tchnienia swego, bo je-

szcze w styczniu rb. wyszły 2 dzieła jego dawniejsze, znacznie pomnożone.

Przechodząc do ocenienia zasług jego naukowych w medycynie sądowéj, niepodobna zataić, że już za życia a tém bardziéj po śmierci zdania w téj mierze były i są podzielone. Podczas gdy poważny tygodnik angielski *(The Lancet)* nazywa go: *pleasant orator, teacher and writer* i poczytuje mu za zasługę, że on pierwszy traktował kwestyje sądowo-lekarskie ze stanowiska klinicznego, podczas gdy za poprzednika jego Orfili znawca był analitykiem, szukającym tylko faktu, — autor kompetentny niemiecki (w *W. med. Wochenschr.)* oddając hołd zasługom jego pod względem kazuistyki, stawia go niżéj od Orfili i nie szczędzi mu nagan z powodu, że powodował się więcéj fantazyją, aniżeli krytyką ścisłą. Prawda, jak mniemamy, i tu leży pośrodku. Jak stanowisko Brouardela będzie trudném po Tardieu'u, tak nielatwém było zadanie ostatniego w obec poprzednika i mistrza, Macieja Orfili. Za czasów Orfili medycyna sądowa była, rzec można, nauką francuską, a prace jego po dziś dzień mają wielką jeszcze wartość w pewnych przynajmniéj działach; podczas gdy nauka nasza leżała odłogiem w Niemczech, Orfila, znakomity chemik i toksykolog, zdumiewał wszystkich lekarzy sądowych samodzielnemi swemi doświadczeniami, obrał więc sobie drogę, na którą lekarze niemieccy weszli niedawno temu dopiero, a łącząc z doświadczeniem fizyjologiczném i praktykę rozległą, opracował pewne działy (np. o truciznach, zgniliźnie, identyczności) tak dzielnie, że do dzieł jego jeszcze teraz zaglądać przychodzi, ile razy się rozchodzi o radę w rzeczach wątpliwych, a u nas rzadszych. Tardieu nie był chemikiem zawodowym, w pracach swych chemicznych i toksykologicznych używał pomocy Roussina, a przy swojém wszechstronném zajęciu nie mógł oddać się żmudnym badaniom szczegółowym w téj saméj mierze, co sławny jego poprzednik; ale bynajmniéj nie unikał on takich badań, gdzie do wyjaśnienia prawdy okazały mu się potrzebnemi, jak przekonać się można z dzieł jego, w których nieraz odwołuje się do doświadczeń umyślnie czynionych na zwierzętach, jak zresztą wymownie dowodzi słynne „doświadczenie fizyjologiczne,“ o wiele poprawniéj przezeń zastósowane do badania otrucia w przypadku La Pommeraisa. Z drugiéj strony, jeżeli krytyka niemiecka tak pochlebnie przyjęła godło Friedberga, w r. 1875 ogłoszone *(Gerichtl. Gutachten)*, że „zdanie sądowolekarskie powinno być sprawozdaniem klinicznem, sędziego przekonywającém, że badanie lekarza sądowego w niczém różnić się nie powinno od badania klinicysty,“ jeżeli nie małego powodzenia doznały Casprowskie „nowele kliniczne do medycyny sądowéj,“ — to przecież przyznać należy Tardieu'mu wielką zasługę, że on starał się usunąć kordon odgraniczający medycynę sądową od kliniki, i tym sposobem wskazał na bardzo ważny tor współrzędny, który dla medycyny sądowéj może większą a w każdym razie nie mniejszą ma wagę, aniżeli kierunek doświadczalny, który nie jest tak równo wytyczony jak tamten, a czasem na manowce prowadzi. Ta jedna zasługa byłaby dostateczną, aby Tardieumu zapewnić trwałą pamięć w historyi nauki naszéj.

Krytyka podnosi przeciw niemu dość liczne zarzuty; są one jednak, z wyjątkiem jednego, nie dosyć uzasadnione.

I tak ściągnął na siebie grom Caspra opis zmian, jakie występują u pederastów nałogowych, a zwłaszcza zmian, jakie zdarzają się na prąciu strony czynnéj. Casper nigdy nie widział podobieństwa członka samcołożnika z członkiem psa *(canum more)*, jak je opisuje Tardieu, który pod tym względem odwołuje się nie tylko do własnych oczu, ale i do oczu osoby bardzo kompetentnéj: *les yeux expérimentés de cette fille publique qui signalait d'elle- même cette conformation particulière: „un membre très- mince, grêle, évidé par le bout,“* i dodaje: *„Cette remarque, sortie d'une telle bouche, a par elle- même quelque chose de trop significatif.*— Wszakże Liman zbadawszy prącie owego Zastrowa, który stawał przed przysięgłymi berlińskimi, oskarżony o zgwałcenie pederastyczne i usiłowane morderstwo, podaje wyraźnie, że uderzyło go znaczne zaostrzenie się żołędzi od podstawy ku końcowi *(Handb. d. g. M.* VI. Aufl. I, str. 207), a więc podobne zmiany zdarzać się przecie mogą. Zresztą rzecz ta, jak niemniéj wszystkie wątpliwości do samcołożtwa odnoszące się, stanowić mogą przedmiot sporu między Paryżem a Berlinem, nas na szczęście one nie obchodzą.

Podawano także w wątpliwość doświadczenie fizyjologiczne, którego T. użył jako kontroli badania chemicznego w sprawie Dra La Pommeraisa, celem wykazania otrucia dygitaliném. Zapewne, że niema nic doskonałego pod słońcem, ale również jest prawdą, że od r. 1864 mimo ciągłego postępu nauki dotąd nic lepszego nie wymyślono. A jeżeli badania, do których próba Tardieua dała pochop, wykazały, że w organach gnijących znajdują się t. zw. alkaloidy gnilne, które same przez się działają trująco, to znów zdaje się być rzeczą prawdopodobną (Ranke), że te t. zw. alkaloidy najmniéj, albo wcale nie mieszczą się w wątrobie i śledzionie, że więc działanie trucizny roślinnéj występuje najczyściéj, jeżeli do doświadczenia fizyjologicznego używa się wyciągu otrzymanego z dwóch trzew przerzeczonych. W każdym razie więc myśl Tardieua okazała się trafną i ciągle zajmuje badaczy.

Najsłuszniejszym jest zarzut uczyniony twierdzeniu Tardieua co do znaczenia wybroczyn podopłucnowych. Oddawna nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że w téj mierze T. nie tylko popełnił błąd, ale co gorsza, że przy błędzie obstawał pomimo przekonywających zdań przeciwnych. Nic łatwiejszego jak mylić się, ale trudno pojąć, jak można bronić błędu z taką wytrwałością. Podzielał on pod tym względem upór Caspra, który wierzył aż do śmierci w „marmurkowe“ zabarwienie płuc u noworodków, które oddychały, i twierdził, że tylko to wysepkowate marmurkowanie dowodzi, że dziecko oddychało; przy innéj sposobności wykazaliśmy, jak zwinnie Liman w nowém wydaniu dzieła Caspra zmienił to twierdzenie przez proste wyrugowanie niewinnego wyrazu „tylko.“

Niektórzy mieli za złe Tardieu'mu, że występując przed sądami uganiał się za efektem i że nie był wolny od próżności; jednak to, co w naszych stósunkach byłoby niezwykłém i uderzającém, inaczéj się przedstawia we Francyi i w Anglii, gdzie postępowanie sądowe jest całkiem inném, gdzie od sprawozdania lekarskiego wynik sprawy nierównie więcéj zależy, aniżeli u nas, albowiem tam występują częstokroć znawcy nie tylko z ramienia sądu, ale przez obronę wzywani, tam więc znawca sądowy musi być przygotowany do walki z przeciwnikiem znawcą, a tém trudniejszém jest jego zadanie w obec sędziów przysięgłych. Dla nas od niedawna przywykłych do instytucyi przysięgłych w rzeczy saméj mogłoby się zdawać nieco teatralném wystąpienie np. Orfili, jak je opisuje Dr. Raciborski w rozprawce swojéj p. t. „O styczności medycyny z innemi naukami, Paryż 1858, str. 10.“

Nie ulega atoli wątpliwości, że T. w orzeczeniach swoich częstokroć unosił się fantazyją, jednak szczególnym sposobem

takie właśnie orzeczenia jego zyskały uznanie nader trzeźwych i kompetentnych znawców niemieckich. Przytaczamy umyślnie jedno z tych orzeczeń w krótkości, choćby dla wykazania, jakie przypadki zdarzają się we Francyi, i jak odmienną od naszéj jest tam praktyka sądowolekarska:

D. 10 października 1870 r. siedziało na skale Penmarch (Finistère nad oceanem atlantyckim) 5 osób w 2 grupach; w pierwszéj grupie znajdowała się pani Levainville i 2 inne osoby, w drugiéj na cztery metry wstecz panna Levainville, 9-letnia córka poprzedniéj, obok starszéj niewiasty. W tém fala morska z wielką natarczywością uderza o skałę i zabiera pierwszą grupę, po zniknięciu któréj fala porywa drugą grupę. Nieszczęśliwy Levainville nie tylko postradał w oka mgnieniu żonę i jedyną córeczkę, ale miał sobie nadto wytoczony proces przez rodzeństwo żony o zwrot posagu z powodu, że zdaniem ich matka jako starsza przeżyła córkę i dlatego majątek jéj wraca do familii. Trybunał w Quimper rozstrzygnął rzecz na korzyść skarżących, z uwagi, że z powodu krótkiéj przerwy między śmiercią matki a córki przypuścić można równoczesność śmierci, że więc w takim razie według kodeksu cywilnego uzasadnioném jest przypuszczenie, iż dziecko 9-letnie prędzéj ducha wyzionęło, aniżeli matka 30-letnia. Pan Levainville udał się o poradę do Tardieua, a rada jego okazała się skuteczną. Na zwłokach pani L., w kilka dni po katastrofie wyrzuconych przez morze, znaleziono obrażenia na głowie i na grzbiecie, podczas gdy na zwłokach córeczki żadnych uszkodzeń nie było. Otóż T. dowodzi na podstawie oględzin zewnętrznych nie przez siebie uskutecznionych (sekcyi wcale nie robiono), że grupa pierwsza, a tém samém pani L. umarła z wstrząsu (c h o c), zanim do wody się dostała, grupa zaś druga, a więc i córeczka pani L., zginęła z utonięcia, z czego wynika, że matka umarła przed córką. Sąd wyższy w Rennes wyrok swój oparł na tém orzeczeniu i uznał pana L. jako spadkobiercę córki. (*Annales d'hygiène publ.* 1873, *Octobre*, p. 371—396). Otóż kwintesencyja całego przypadku; że pan L. musiał być zadowolony z orzeczenia Tardieua, nie ulega zaprzeczeniu; trudniéj atoli pojąć, w jakim celu T. opisał przypadek ten p. t. „*Question de survie*“ i jak mógł poszczycić się trafnością swego orzeczenia. Zapewnić jednak możemy, że opis odnośny jest tak pięknym, że się czyta tak mile, iż w pierwszéj chwili działa olśniewająco jak widok Oceanu, i dziwić się wcale nie można, że krytyk niemiecki zapewne pod pierwszém wrażeniem ocenił go nader pochlebnie.

Szalę wad atoli, od których żaden człowiek nie jest wolnym, przeważają zalety, które Tardieu posiadał w wysokim stopniu, a które go wywyższyły nad wszystkich współczesnych mu lekarzy sądowych, może z jedynym wyjątkiem Caspra. A jednak mąż tak świetnie uposażony powołany był do zajęcia nierównie wyższego jeszcze stanowiska i byłby je osiągnął, gdyby mu na przeszkodzie nie była stanęła owa wada narodowa francuska, która do niedawna gardziła wszystkiém, co nie było francuskiém, oraz brak talentu do wszechstronnego wyzyskiwania stanowiska, które zajmował. T. cytuje w swych dziełach tylko te prace Caspra, Limana i innych niemców, które poznał był w tłumaczeniu francuskiém; nie znając zaś piśmiennictwa niemieckiego, które właśnie za jego czasów i w medycynie sądowéj zaczęło być bardzo poważném, zdradzał nieraz zacofanie w szczegółach, miasto opierania się na nich i wysnuwania z nich wniosków dalszych; również nie chciał, czy nie umiał otoczyć się szeregiem młodszych pracowników, którzyby dostarczali mu ciągle cegiełek do śmiałéj jego budowy. Nieznajomość zatém literatury niemieckiéj i brak zakładu sądowolekarskiego tamowały lot jego śmiały lub czyniły go fantastycznym i nie pozwoliły mu utworzyć szkoły, tak że pomimo długiego jego działania medycyna sądowa francuska musiała odstąpić pierwszeństwa niemieckiéj, a następca jego musiał dopiero w Berlinie i we Wiedniu szukać wzorów w urządzaniu zakładu sądowolekarskiego. Z tego powodu Francyja może mieć słuszny do niego żal,—dla nas prace Tardieu'a, a nawet i jego orzeczenia, pozostaną zwierciadłem stósunków, ważnym przyczynkiem do historyi oświaty i moralności francuskiéj, oraz niewyczerpaném źródłem dla praktyki sądowolekarskiéj; niektóre zaś dzieła jego, jak np. o truciznach, o obłąkaniu, mają wartość więcéj niż przemijającą. *L. Blumenstok.*

List otwarty do szan. Kolegi Dra Krówczyńskiego we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5.)

Weźmy daléj inne czynniki metody goerbersdorfskiéj a więc np. p o p r a w ę o g ó l n e g o o d ż y w i a n i a. W saméj rzeczy, jeśli czynnik ów stoi na pierwszym planie przy leczeniu suchotnika, przedstawiającego wczesny upadek stanu ogólnego; to z drugiéj strony zejdzie on znacznie na podrzędne miejsce przy leczeniu chorego z suchotami nabytemi a przedstawiającego, jak to także często ma miejsce, wyborny stan odżywienia ogólnego. Jeżeli w pierwszym razie wielka ilość mleka i tłuszcze jedynie są wskazane obok umiarkowanego ruchu, to w drugim ruch znaczny obok hydroterapii stósownéj będzie pierwszém wskazaniem leczniczém.

Toż samo daje się powiedzieć i o tak zwanéj kuracyi powietrznéj tj. przebywaniu chorych jak można najdłużéj na powietrzu. Czynnik ów stojący u każdego suchotnika niemal na pierwszym planie, musi być niezmiernie indywidualizowanym. Jeśli bowiem chory z nabytemi suchotami, przy ograniczonéj zmianie tkanki płucnéj jest w stanie nawet w zimie wiele godzin przebywać na powietrzu, to inny ze zmianami większemi musi ten pobyt ograniczyć do mniejszéj liczby godzin, a nawet z pewnemi dłuższemi pauzami; znów inny chory, u którego objawy anemiczne przeważają, źle znosić będzie górskie powietrze w zimie, a za to daleko lepiéj czuć się będzie w podniebiu południowém. Idźmy jeszcze daléj, u chorego ze zmianami w krtani powietrze górskie nie tylko zimą ale nawet już jesienią będzie stanowczo przeciwwskazane, takich chorych bezwarunkowo już wczesną jesienią winniśmy wysyłać do stacyj klimatycznych południowych.

Toż samo można powiedzieć o innych czynnikach metody Brehmerowskiéj; na zakończenie jednak chcę wspomnieć o jednym i to niezmiernie ważnym czynniku téj metody, o którym szan. kolega wcale nie nie wspominasz. Zdaniem mojém korzystne wyniki metody zawdzięczają bardzo wiele téj okoliczności, że metoda owa stósuje się w zakładzie leczniczym zamkniętym, przedstawiającym jak najlepsze (szczególniéj na zimę) warunki hygijeniczno-dyjetetyczne pod ciągłą i nieustanną kontrolą lekarzy zakładowych. Chory niemal traci swoją wolę osobistą, a musi się stósować pod względem jedzenia, udawania się na spoczynek, leczenia itp. w zupełności do wskazówek leczącego go lekarza, przyczém wszelkie zabawy podniecające jak gry w karty itp., są stanowczo wzbronione. Owo więc życie regularne, wywczas,

sen w pokojach dobrze przewietrzanych, u pacyjentów z natury skłonnych do wszelkiego rodzaju nadużyć, jest zdaniem mojém obok innych czynników leczniczych niezmiernie doniosłym momentem przyczyniającym się do skutecznego wyniku kuracyi *). I w tém leży istotna zasługa Dra Brehmera dla naszego lecznictwa.

Zebrawszy wszystko co wyżéj powiedziano, orzekamy że metoda Goerbersdorfska jest szczęśliwym pomysłem prostych czynników, lecz umiejętnie w obec każdego przypadku kombinowanych. W istocie wszystkie tego rodzaju czynniki posiadamy i w innych miejscowościach górskich, zwłaszcza czyste powietrze **), a jednak wyniki Goerbersdorfskiéj metody znacznie przewyższają wyniki otrzymane w owych najrozmaitszych zdrojowiskach, a przyczyny tego szukać należy jedynie w téj okoliczności, że chorzy w owych miejscach są pozbawieni wszelkiéj lekarskiéj kontroli, że oddają się różnorodnym szkodliwym nadużyciom, (np. grze w ruletę na całéj Rivierze), że leczą się nieraz równocześnie u kilku naraz lekarzy, z których każdy oddzielnie swą metodę leczenia stosuje itp.

Tym sposobem dopiero wówczas wstąpimy w fazę racyjonalnego leczenia suchot płucnych, gdy powstanie jak najwięcéj małych ściśle zamkniętych zakładów, (w górach oraz dla niektórych form na południu w odpowiednich miejscowościach), gdy leczenie opierać się będzie na indywidualizowaniu odrębnych postaci i właściwości osobniczych każdego chorego. Kończąc nie pozostaje mi nic więcéj jak przyklasnąć pięknéj myśli szan. kolegi, który ma nadzieję jak najrychlejszego urządzenia takich zakładów w naszym kraju.

Wreszcie uważam za stósowne z mojéj strony wyrazić szan. koledze podziękowanie za poruszenie tak ważnéj kwestyi. Z pozdrowieniem koleżeńskiem

Dr. Alfred Sokołowski.

Goerbersdorf, 1 stycznia 1879.

Listy z Warszawy.

I.

Ś. p. Józef Mianowski. — Ś. p. Hipolit Korzeniowski. — Kronika lekarska. — Epidemija w astrachańskiéj gubernii. — Karbunkuł u bydła w gubernii piotrkowskiéj.

List pierwszy w nowym roku 1879 rozpocząć muszę znowu od wspomnień pośmiertnych; śmierć już w tym roku wyrwała dwóch z pośród nas kolegów. Pierwszy z nich Józef Mianowski zmarły we Włoszech, w czasie siedmioletniéj bytności swojéj w Warszawie na trudném stanowisku Rektora szkoły głównéj potrafił zjednać sobie bardzo wielu życzliwych i przyjaciół. Na polu naukowém zasługi jego były nie wielkie, zajmował się przeważnie chorobami kobiet i dzieci; wydał w roku 1837 dwu-tomowe dzieło o złamaniach kości, jestto kompilacyja zręcznie ułożona i piękną napisana polszczyzną. Jednocześnie, bo także w 1837 roku wydał w Wilnie Dr. Józef Korzeniowski, adjunkt profesora chirurgii Porcyanki, dosyć obszerne dzieło o złamaniach kości w języku łacińskim, z czego wnosić możemy, jak wielki ruch w literaturze lekarskiéj podówczas w Wilnie panował. Oprócz powyższego dzieła M. drukował kilka drobnych obserwacyj, które dzisiaj żadnéj już wartości niemają. Oto niektóre z nich: wyleczenie katalepsyi, która pięć dni trwała, przez przystawienie dwukrotne pijawek do głowy; o emetyku, jako skutecznym lekarstwie przeciwko zapaleniu krtani; o wyleczeniu paraliżu *cum extracto Rhois toxicodendri* etc. Od roku 1837 do 1839 bawił M. za granicą a po powrocie do kraju miał sobie naznaczone miejsce pobytu, skąd powołany do Petersburga, otrzymał katedrę chorób kobiecych i dziecięcych w Akademii medyko-chirurgicznéj, gdzie wykładał po łacinie; językiem rosyjskim do końca życia nie władał należycie, pomimo kilkunastoletniego pobytu w Petersburgu. Zajmując wybitne stanowisko pomiędzy lekarzami petersburskimi, zawiązał tam liczne stosunki, które téż były powodem, iż jego na Rektora szkoły głównéj Wielopolski za poradą Krzywickiego wybrał. Ponieważ szkoła główna liczny wydała zastęp młodych pracowników we wszystkich kierunkach i ci rozeszli się po całym kraju, więc wiadomość o jego śmierci smutnie po wszystkich jego zakątkach się odbiła, wszędzie też tłumne nabożeństwa za spokój jego duszy się odbywały; w Warszawie kościół Śto Krzyski nie mógł pomieścić masy ludzi, którzy chcieli uczcić pamięć zmarłego, cały skład dzisiejszego uniwersytetu był w nim obecny. Byli uczniowie jego postanowili drogą składek zebrać fundusz, który mają użyć na cel użyteczności publicznéj; spodziewają się i słusznie bardzo znacznego funduszu, ale dotychczas nie zgodzono się jeszcze, jakie mu dać mają przeznaczenie. Trzy projekta głównie się snują: utworzyć z procentu żelaznego kapitału kilka stypendyjów dla studentów Uniwersytetu; użyć tegoż jako nagrody na konkursowe poszukiwania naukowe lub ważne dzieła; a nakoniec założyć muzeum etnograficzne polskie. Według nas wszelkie takie konsyderacyje są przedwczesne; trzeba wprzódy zebrać kapitał, a dopiero do wysokości takowego zastósować projekta. Pomiędzy uczniami b. szkoły głównéj znajduje się kilku najbogatszych ludzi w kraju; nie wąpimy, iż zechcą oni hojnemi datkami powiększyć fundusz, na tak szlachetny cel zbierany.

Ś. p. Hipolit Korzeniowski był osobistością dobrze znaną naszemu miastu, gdyż spędził on główną część życia swojego w Warszawie. W roku 1871 udał się do Petersburga, gdzie został profesorem chirurgii i dyrektorem kliniki chirurgicznéj. W roku zeszłym dano mu całkowitą emeryturę profesorską z dożywotnią pensyją 2,400 rubli i naznaczono go konsultantem szpitali wojskowych z płacą roczną 3000 rubli, z miłym dla niego obowiązkiem mieszkania w Warszawie. Zdziwi to niejednego z czytelników Przeglądu nieobznajomionych z naszemi stosunkami, jak Korzeniowski w 51 roku życia swojego mógł był się dosłużyć całkowitéj emerytury. Profesorowie Uniwersytetu w Rosyi po 25 latach służby w zawodzie profesorskim mają prawo do całkowitéj emerytury; jeżeli chcą daléj wykładać, muszą się poddać pod głosowanie profesorów fakultetu, a jeżeli głosowanie na ich korzyść wypadnie, pozostają na swojém stanowisku dalsze lat pięć, po upływie których znowu głosowanie następuje. Takim sposobem profesorowi anatomii opisowéj Gruberowi w Petersburgu już drugi raz termin pięcioletni przedłużają. Korzeniowski właściwie nie miał jeszcze 25 lat służby profesorskiéj, ale partyja jemu nieprzychylna sprawiła, iż zaliczono mu do służby kilka lat, które przed rozpoczęciem zawodu profesorskiego w szpitalach warszawskich jako ordynator przepędził. Jednocześnie z nim przegłosowano jeszcze dwóch profesorów akademii medyko-chirurgicznéj, pola-

---

*) Rzecz prosta, że latem przy bardzo wzmagającéj się liczbie chorych w Goerbersdorfie owa kontrola lekarska staje się bardzo trudną, tém więcéj, że nawet nie wszyscy pacyjenci mogą się pomieścić w zakładzie. Zakłady tego rodzaju nie powinny być duże, gdyż tracą przez to właściwą swą cechę i zaletę.

** Gdyż zdaniem mojém głównym czynnikiem działającym w klimacie górskim jest czyste, świeże, wolne od kurzu powietrze.

ków Krasowskiego prof. akuszeryi i Bessera prof. dyjagnostyki lekarskiéj. Ten ostatni jest synem sławnego botanika Wilibalda Bessera, niegdyś profesora zoologii i botaniki w liceum wołyńskiém w Krzemieńcu, a następnie profesora nauk przyrodniczych w Uniwersytecie kijowskim. Korzeniowski mieszkając w Warszawie był od czasu do czasu wzywany do Petersburga dla pełnienia tam rozmaitych czynności, otóż w początku stycznia był wezwany telegrafem do Petersburga dla asystowania przy egzaminach w szkole uczonych akuszerek, a że miał uciążliwy nieżyt oskrzelowy, połączony z rozdęciem pęcherzyków płucnych, usilnie mu radzono żeby zaniechał tego wyjazdu; niechcąc téj rady słuchać pojechał z silnym kaszlem, który po przybyciu na miejsce jeszcze się powiększył; pomimo to oddawał wizyty i na owe egzamina jeździł. W sobotę był jeszcze na egzaminie, w niedzielę zaniemógł i choroba tak gwałtownie się rozwijała, iż w poniedziałek (20 stycznia) wieczorem żyć przestał. Ciało jego sprowadzone zostało do Warszawy i złożone w grobie familijnym na cmentarzu Powązkowskim; pochowanie zwłok odbyło się dnia dzisiejszego w obec niezwykle licznego orszaku pogrzebowego. Zmarły miał tu wielu przyjaciół z powodu swojego łatwego charakteru i zawsze wesołego i humorystycznego usposobienia. Spostrzeżenia i prace jego na polu chirurgiczném, ogłaszane w tutejszych czasopismach lekarskich, odznaczają się niepospolitą znajomością przedmiotu i jasnością w przedstawieniu rzeczy; podobno i w języku rosyjskim coś wydał. W Warszawie zamianowano go członkiem Towarzystwa dobroczynności publicznéj i z tego powodu nosił się w ostatnich czasach z rozmaitemi projektami: domu podrzutków, opieki nad niemowlętami, ciężarnemi matkami etc.; na nieszczęście żadnego z tych projektów nie zdołał wykonać. Nieboszczyk posiadał znakomitą technikę operacyjną; dobrze sobie zasłużył na opiniję jednego z lepszych naszych operatorów.

Pomiędzy pięcioma nowemi pismami, które w Warszawie wkrótce wychodzić zaczną, znajduje się jedno specyjalne medyczne; Dr. Wiktor Kosmowski uzyskał w Petersburgu koncesyję na wydawanie w Warszawie pisma pod tytułem *„Kronika Lekarska.“* Z programu tego pisma mają być wykluczone artykuły oryginalne; redakcyja ma podawać tylko sprawozdania z prac lekarskich drukowanych za granicą i u nas; oprócz tego będzie zamieszczana kronika miejscowa i zagraniczna, oraz korespondencyje z rozmaitych ważnych pod względem lekarskim miejscowości; dwa razy na miesiąc ma wychodzić jeden numer w objętości dwóch arkuszy druku. W obec trzech pism lekarskich istniejących już w Warszawie, pismo takie trudne będzie miało zadanie. O ile redakcyja, która obecnie jest zajęta zbieraniem współpracowników, wywiąże się ze swojego zadania i o ile znajdzie poparcie u kolegów, niedaleka przyszłość pokaże, gdyż pismo zacznie wychodzić d. 1 lipca rb.

Epidemija srożąca się obecnie w gubernii Astrachańskiéj, w wysokim stopniu zaniepokoiła umysły mieszkańców Warszawy, i wywołała liczne rozprawy i dyskusyje pomiędzy tutejszymi lekarzami. Towarzystwo lek. warsz. postanowiło poddać sprawę tę pod dyskusyję na najbliższém posiedzeniu, które ma się d. 4 lutego odbyć. Sprawozdania, które z miejsca dotkniętego zarazą otrzymujemy, w rzeczy saméj nie są pocieszające. Przedewszystkiém należy rozstrzygnąć kwestyję, z jaką epidemiją właściwie mamy do czynienia; lekarze nie zgadzali się z początku na jedno w tym względzie, i były głosy dowodzące (Dr. Krasowski, Morozow), iż jest to dur plamisty połączony z brzęknięciem i ropieniem gruczołów chłonnych i ze złośliwém zapaleniem płuc! Rozbierać tego niedorzecznego zdania tu nie będę, potępia ono samo siebie. Pismo urzędowe w Petersburgu wychodzące: *„Prawitielstwiennyj Wiestnik“* zamieściło dokładne sprawozdanie o epidemii Dra Depnera, który w sposób naukowy rzecz swoją traktuje i najzupełniéj na zaufanie zasługuje. Według sprawozdania tego pierwsze przypadki choroby pokazały się jeszcze w początku listopada (podług starego stylu) we wsi Wetlance położonéj o 194 wiorst od miasta gubernijalnego Astrachanu. Pogłoska tu krąży, choć za jéj pewność ręczyć nie mogę, że przyniósł zarazę pewien kozak, który z nad granicy Perskiéj przywiózł w prezencie dla swojéj tam zamieszkałéj kochanki kufer z rozmaitemi rzeczami, służącemi do ubrania. Z początku przebieg choroby był łagodny, a zejście śmiertelne rzadkie, w grudniu jednakże choroba stawała się coraz groźniejszą, tak dalece, iż w końcu tego miesiąca śmiertelność dochodziła do 100%. Objawy spostrzegane przez Dra Depnera były następujące: pacyjent dostawał silnego bólu głowy, gwałtownego bicia serca, nudności, zawrotu głowy, bólu w piersiach, wymiotów i plucia krwią; w kilka godzin potém przystępowała silna gorączka, śpiączka, majaczenie, wstrzymanie moczu i stolca; następnie pokazywały się plamy na ciele i obrzmienia gruczołów limfatycznych, które często przechodziły w ropienie, cała choroba gwałtownie się rozwijała, gdyż w 12 godzin do trzech dni po pokazaniu się pierwszych objawów następowała śmierć. Obraz ten choroby nie pozostawia najmniejszéj wątpliwości, że jest najprawdziwszą dżumą, *pestilentia v. pestis indica*. Jeżeli do tego dołączymy sprawozdanie Dra Krasowskiego, który twierdzi, iż bardzo często przyłącza się złośliwe zapalenie płuc, to mamy już kompletny obraz najstraszniejszéj z chorób rodu ludzkiego, tak zwanéj „czarnéj śmierci,“ która w dawnych czasach okropne spustoszenia w Europie sprawiała, a którą między innemi Hirsch w tomie Vtym Virchowa Archiwu z r. 1863go opisał. Epidemija musiała się bardzo złośliwie srożyć, skoro w Wetlance i w paru sąsiednich wsiach wielu bardzo ludzi stało się jéj ofiarą. Między innymi trzech lekarzy umarło, a ów Dr. Depner, autor powyższego sprawozdania, zachorował.

Środki ostrożności przeciwko tak strasznéj chorobie, grożącéj całéj Europie ogromną klęską, z początku nie były dosyć energicznie przedsięwzięte, gdyż dopiero d. 23 grudnia, a zatém blisko w dwa miesiące po wybuchnięciu epidemii, zaprowadzono potrzebną kwarantannę, a jak ta myśl w wykonanie weszła, o tém jeszcze dobrze nie wiemy. Nic dziwnego, że w obec tego opinija publiczna tak w Rosyi, jak i wcałéj Europie jest zatrwożona i że rozmaite w tym kierunku krążą pogłoski, które późniéj okazują się mylnemi. Mówiono o przypadkach dżumy w Niżnym Nowogrodzie, w Odesie, w Tambowie, ale wszystko to się niesprawdziło, zdaje się jednakże iż prawdą jest, że do Moskwy nadszedł cały transport rekrutów z Astrachańskiéj gubernii i że dopiero z Petersburga wysłano rozkaz, żeby ich natychmiast do miejsca ich pochodzenia odesłać. Na szczęście alarm podniesiony w pismach rosyjskich i zagranicznych pobudził energiję, i obecnie wzięto się do przytłumiania epidemii. Ostatnie wiadomości dosyć są pocieszające i nic dziwnego, w obec 20 stopniowego mrozu, jaki tam panuje, epidemija musi swoją siłę tracić. Czy nie pojawi się ona po ustaniu tych mrozów, wiedzieć trudno.

Kwestyja dorzynania i spożywania chorego na zaraźliwe choroby bydła poruszoną została w naszéj prasie w ostatnich czasach, z powodu smutnego przypadku jaki się zdarzył we wsi Srocku w gubernii Piotrkowskiéj. W numerze 45 *Medycyny* opisano epidemiję karbunkułu, która się szerzyła w wymienionéj dopiero co wsi, położonéj o 2 mile od Piotrkowa, tam powiedziano: iż bydło chore dorzynano i spożywano, iż je sprzeda-

wano po całéj okolicy, że 7 czy 8 osób wymienionych z imienia i nazwiska mocno zachorowało i że jeden z chorych, mianowicie włościanin Jan Stropa, umarł na karbunkuł, jak lekarz przybyły z Piotrkowa orzekł, a wreszcie że władze sanitarne przez dwa miesiące nic nie czyniły, żeby temu zapobiedz. Rzecz była opisana tak dokładnie, szczegóły tak drobiazgowo podane, iż o prawdzie słów tych nie można było wątpić. Alarm podniesiony przez inne gazety nielekarskie zwrócił na siebie uwagę władzy i z rozporządzenia generał-gubernatora warszawskiego zarządzono ścisłe śledztwo.

Po zebraniu odpowiednich materyjałów więcéj napiszę.

Warszawa d. 1 lutego 1879. β.

Listy z Wiednia.

I.

Zabiegi krajowéj Rady zdrowia i magistratu przeciw dżumie. — Sprawa pielęgnowania obłąkanych, do wiedeńskiéj gminy nie przynależnych.— Stowarzyszenie ku kształceniu posługaczek dla chorych i rannych. — Patryjotyczne stowarzyszenie dam w celach dobroczynnych. — Odczyt Dra Loewa o „organizacyi dobrowolnéj służby sanitarnéj“. — O lekarzach wojskowych zawodowych i rezerwowych. — Czynności dolnoaustryjackiéj rady szkolnéj krajowéj.

Nie małą czynność w sprawie epidemii astrachańskiéj rozwijają tutejsze instytucyje sanitarne krajowe i miejscowe. Krajowa rada zdrowia domaga się od rządu szczegółowych i autententycznych doniesień i nalega na wysłanie lekarzy na miejsce epidemii, a magistrat tutejszy zniewolony został do pośredniego zajęcia się tą sprawą przez interpelacyję radnego Schlagera, który żąda przedewszystkiém ponownego postawienia na porządek dzienny referatu względem uchwalenia na potrzeby dezinfekcyjne na rok 1879 kwoty 42,000 złr., którą rada na posiedzeniu z 30 grudnia 1878 z projektu budżetowego wykreśliła. Prócz tego żąda interpelant, aby umieszczony został na porządku dziennym zalegający oddawna referat, tyczący się miejskiéj „rady zdrowia“, w końcu zaś życzy sobie, aby wniosek, tyczący się usunięcia prawnych przeszkód w zaprowadzeniu warunkowego palenia trupów, który już prawie od dwóch lat uchwalony został, przyszedł nakoniec pod obradę pełnéj rady. Pan burmistrz przyrzekł przyśpieszyć przedłożenie wszystkich tych referatów.

Między magistratem tutejszym a namiestnictwem toczy się spór w sprawie pielęgnowania obłąkanych, do gminy wiedeńskiéj nie przynależnych. Namiestnictwo poruczyło rozporządzeniem z kwietnia z. r. wspomnianych chorych opiece gminy wiedeńskiéj, ta zaś na razie zastósowała się do rozporządzenia, lecz równocześnie wniosła rekurs do ministerstwa spraw wewnętrznych; ministerstwo rekurs odrzuciło, lecz trybunał administracyjny, do którego się gmina odwołała, orzekł, że gmina do zaopatrzenia obłąkanych zniewoloną być nie może. Wyrok trybunału nie przyniósł jednak gminie żadnych korzyści. Ministerstwo nie dało sprawy za przegraną, lecz rozstrzygnęło ponownie, że trybunał przyznał gminie słuszność tylko o tyle, o ile chodzi o wybudowanie nowego zakładu, nie uwolniwszy jéj od innych wymagań, przez namiestnictwo postawionych. W obec tego gmina zastósować się musi albo do orzeczenia ministerstwa, albo apelować powtórnie do trybunału.

Już w jednym z ostatnich numerów Przeglądu Lekarskiego była wzmianka o mającéj się tutaj utworzyć szkole, któraby miała na celu uczyć umiejętnego i praktycznego pielęgnowania chorych. O téj sprawie, która od czasu okupacyi jest specyjalnością na polu lekarskiém, kilka słów powiedzieć mi wypada, raz dlatego, aby zdać sprawę z postępu projektu, powtóre zaś, ponieważ jedna z nowszych instytucyj, zawdzięczających swe powstanie saméj okupacyi, mianowicie patryjotyczne stowarzyszenie dam dobroczynności, tą samą myśl powzięło i nawet już rozwinęło przyszły program w tym kierunku.

Pierwszy projekt wyszedł z łona zawiązanego specyjalnie na ten cel stowarzyszenia „ku kształceniu posługaczek dla chorych i rannych“. Odczyty które komitet urządził, celem zebrania funduszu, potrzebnego do urzeczywistnienia swych planów, powiodły się w zupełności; nadto wzmogły się widoki stowarzyszenia przez objęcie protektoryjatu przez Arcyksięcia następcę tronu. Ta okoliczność, jakoteż szczęśliwy wybór hrabiego Wilczka na prezydenta, daje stowarzyszeniu silną rękojmię skuteczności swych zabiegów.

Stowarzyszenie dam dobroczynności rozporządza wielkiemi funduszami, nadto pozostaje także pod protektoratem Arcyksiężniczki Maryi Teresy, co razem wziąwszy również pomyślny rokuje rezultat. Według ogłoszonego przez stowarzyszenie referatu ma być założoną szkoła fachowa z kursem teoretycznym 4 — 6 tygodniowym, i praktycznym, mającym się odbywać w tutejszych szpitalach publicznych i trwać przynajmniéj przez 6 miesięcy. Stowarzyszenie spodziewa się, że przyszłość wykształconych w ten sposób posługaczek zabezpieczy przez umieszczenie ich prędzéj lub późniéj w szpitalach publicznych, nadto zaś zapewnia miesięczne wynagrodzenie tym, które się zobowiążą pełnić służbę w czasie wojny. Premije te, które nie licząc prowizyi, 300 zlr. przenosić nie mają, doręczane będą po spełnieniu służby obowiązkowéj, tymczasem zaś mają być umieszczane w kasie oszczędności. Tylko w tym przypadku, gdyby posługaczka objęła służbę w szpitalu wojskowym, może mieć pretensyję do otrzymania pewnéj kwoty z góry. Aby w razie wojny potrzebnéj ilości posługaczek nie brakło, znosi się stowarzyszenie z niemi już w czasie pokoju.

Otóż w głównych zarysach intencyje towarzystwa. Obie instytucyje szczytnego niewątpliwie podjęły się zadania, lecz okoliczność, że zadania te bardzo są ze sobą spowinowacone i niemal równe, nasuwa mimowolnie pytanie, czyby nie było lepiéj, aby się oba stowarzyszenia złączyły i wspólnie, może z większym skutkiem, do zamierzonego zdążały celu? Myśl zjednoczonego w pielęgnowaniu chorych działania rozwinął w osobnym odczycie Dr. Loew na posiedzeniu kolegijum lekarzy z d. 13 b. m. Ze względu na szkodliwe rozstrzelenie sił oświadczył się prelegent za rozwiązaniem wszystkich podobnych towarzystw, a natomiast za utworzeniem jednego wielkiego stowarzyszenia centralnego, któreby istniało pod dozorem państwa, a któregoby zadaniem było rozstrzyganie wszelkich kwestyj, tyczących się publicznéj dobrowolnéj służby sanitarnéj. Mowca odwołał się pod względem swoich zapatrywań na międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu z r. 1878 i podał szkic organizacyjny dla proponowanego przez siebie stowarzyszenia centralnego. Wykład wzbudził wszechstronnie wielkie zajęcie, w skutek czego przewodniczący radca dworu Schmerling umieścił dyskusyję nad tym odczytem na porządku dziennym dzisiejszego posiedzenia.

Tutejsze dzienniki fachowe zastanawiają się nad położeniem wojskowych lekarzy w ogólności, a w szczególności lekarzy rezerwowych, wykazując przedewszystkiém brak pewnego stosunku między upośledzonem stanowiskiem lekarza w obec reszty armii, a doniosłą jego działalnością służbową,

Że stanowisko lekarza wojskowego zazdrości wzbudzić nie może, o tém świadczy brak tychże w armii od zniesienia akademii józefińskiéj dotkliwie czuć się dający. Według rocznika 1879 dla lekarzy wojskowych, brakuje obecnie 19 lekarzy do przepisanéj liczby etatowéj, a niema kandydatów na dopełnienie téj liczby. Ta okoliczność wywołała już nawet w sferach urzędowych myśl przywrócenia akademii józefińskiéj, ale urzeczywistnienie tego planu jest o tyle nieprawdopodobném, że sprowadziłoby to znaczne obciążenie budżetu, a ostatecznie przecież nie odpowiedziałoby chwilowéj potrzebie. Rząd musi na razie innych środków próbować, a dla uniknienia złego na przyszłość wypadałoby ustanowić stypendyja, których osiągnienie pociągałoby za sobą obowiązek kilkoletniéj służby wojskowéj; nadto zaś trzebaby stan lekarzy wojskowych uczynić znośniejszym.

Takie są mniéj więcéj argumentacyje pism tutejszych i bądź co bądź rząd musi dbać o uzupełnienie braku lekarzy. W saméj rzeczy wyszedł z ministerstwa wojny reskrypt wzywający wszystkich rezerwowych urzędników sanitarnych *(Verpflegsbeamten)* do wstąpienia do czynnéj służby wojskowéj; czy ten środek skutecznym będzie, nie jest wiadomo, dotąd przynajmniéj o uwolnieniu lekarzy rezerwowych nic jeszcze nie słychać. Ta okoliczność była powodem, że ściślejszy wydział administracyjny związku stowarzyszeń lekarzy austryjackich przyjął naglący wniosek swego przewodniczącego Gaustera, aby wystósować do ministerstwa wojny prośbę o natychmiastowe uwolnienie od służby wszystkich mobilizowanych lekarzy, o ile oni dobrowolnie nie chcieliby w służbie pozostać, celem zapewnienia im zagrożonéj przez dłuższą nieobecność egzystencyi. W ostatnich dniach wystósował także pan minister obrony krajowéj pytanie do ministra wojny, jak długo lekarze rezerwowi w służbie jeszcze pozostać mają i ten ostatni fakt może najbardziéj przyśpieszy ich demobilizacyję.

Rada szkolna krajowa obraduje nad przedłożoném przez namiestnictwo rozporządzeniem względem jak najskuteczniejszego zapobieżenia rozszerzaniu się chorób zaraźliwych przez szkoły i zakłady wychowawcze. Wkrótce ma też przyjść pod ostateczne obrady regulamin lekarskiego nadzoru szkolnego.

Wiedeń, dnia 27 stycznia 1879. —*r.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogolno-lekarskie.

* Zaraza astrachańska. Po powrocie Finkelnburga do Berlina zebrała się tam konferencyja pod przewodnictwem zastępcy kanclerza ministra Hofmanna; w konferencyi téj prócz Finkelnburga wzięli udział tajni radzcy lekarscy: Kersandt, Eulenburg i Skrzeczka oraz proff. Hirsch i Pettenkofer. Zgodzono się na środki w konferencyi wiedeńskiéj uchwalone, a rozporządzenia rządu niemieckiego temi dniami ogłoszone idą ręka w rękę z rozporządzeniami austro-węgierskiemi. Z ramienia rządu niemieckiego wyjadą do Rosyi lekarze: prof. Hirsch z Berlina, prof. Sommerbrodt z Wrocławia i docent Küssner z Hali; z Rumunii wyznaczeni zostali Dr. Felix i Dr. Petrescu razem z austryjackimi zatém misyja lekarska składać się będzie z 8 osób.

Rząd austryjacki wydał nastepujące rozporządzenia:

1) Rozporządzenie ministerstw spraw wewn., skarbu i handlu z d. 1 lutego 1879 (Dz. p. p. Nr. 15) o zakazie przywozu i przewozu pewnych towarów z Rosyi z powodu epidemii panującéj w gubernii astrachańskiéj:

Celem zapobieżenia zawleczeniu chorób epidemicznych z Rosyi rozporządza się w porozumieniu z król. węgierskim rządem co następuje: 1) Wzbroniony jest przywóz i przewóz następujących przedmiotów z Rosyi przez granicę monarchii austryjacko-węgierskiéj: używanéj bielizny i pościeli, używanych sukni, szmat wszelkiego rodzaju, odpadków papierowych, futer, towarów kuśnierskich, kożuchów, skór pół-surowych, pół-wyprawionych skór owczych i kozich, pęcherzy, jelit w stanie surowym i suszonym oraz solonych, pilśni, włosienia, szczecin, pierza, kawioru, ryb i balsamu z Sarepty. 2) Zakaz w ustępie pierwszym wydany nie stosuje się do bielizny, odzieży i innych przyborów do podróży, które podróżni wiozą ze sobą dla własnego użytku. W jakim stopniu i w jaki sposób przedmioty takie podlegają dezinfekcyi, określi osobne rozporządzenie. 3) Przywóz i przewóz wełny owczéj z Rosyi dozwolony jest tylko po poprzedniéj dezinfekcyi. Co do wełny owczéj pranéj już fabrycznie, wystarcza desinfekcyja opakowania. Desinfekcyja innego gatunku wełny owczéj zarządzoną zostanie w zamkniętych miejscach za pomocą kwasu siarkawego. 4) Wydany rozporządzeniem ministerstw spraw wewnętrznych, skarbu i handlu z dnia 7 czerwca 1878 (Dz. p. p. Nr. 50) zakaz przywozu i przewozu pierza zmienia się w ten sposób, że przywóz i przewóz pierza z cesarstwa niemieckiego jest napowrót dozwolony. 5) Koszta dezinfekcyi ponosić mają strony interesowane. Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia. Auersperg w. r. Chlumecky w. r. Pretis w. r.

2) Rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 2 lutego 1879 r., zawierające warunki, pod jakiemi dozwolone jest przekroczenie granic monarchii podróżnym i ich rzeczom z Rosyi.

Podróżującym z Rosyi przekroczenie granic monarchii tylko wtedy jest dozwoloném, jeżeli na paszportach ich rząd ces. rosyjski potwierdzi, że osoby te w ciągu 20 dni przed tém potwierdzeniem nie przebywały w gubernii astrachańskiéj lub w innych guberniach rosyjskich, w których w kilku miejscowościach panuje epidemija, wybuchła w wymienionéj poprzednio gubernii, i jeżeli co do upłynionego, a przez władzę potwierdzonego czasu nie zachodzi wątpliwość, iż podróżny mógł się w tym czasie w takiéj gubernii zatrzymywać. Względem podróżnych przybywających okrętem z portów rosyjskich uważać należy pobyt ich na morzu na równi z pobytem w terytoryjum niepodejrzaném. Rzeczy podróżnych przybywających z gubernii podejrzanéj mają być odwaniane przy przejściu granicy. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie w ośm dni po ogłoszeniu. Auersperg w. r.

Zgodnie z tém rozporządzeniem rząd przystępuje do utworzenia ekspozytur lekarskich na głównych stacyjach wjazdowych. Dowiadujemy się właśnie, że do Szczakowy przeznaczony został kol. Dr. Pawlas, asystent kliniczny i egzaminowany fizyk.

Delegaci rządu austryjackiego oczekują ciągle jeszcze polecenia do wyjazdu. Pod względem honoraryjum, które im rząd przyznał, dowiadujemy się, że Dr. Kiemann prymaryjusz w szpitalu Rudolfa we Wiedniu, oprócz wolnéj jazdy otrzymał 500 zła. jednorazowo i pobierać będzie dziennie 30 zła. w złocie; innego wynagrodzenia nie żądał. Delegat rządu węgierskiego, Dr. Aladar Rózsahegyi, asystent w zakładzie higijenicznym uniw. peszteńskiego, otrzymał 3000 franków jednorazowo i pobierać będzie również 30 zła. dziennie; nadto w razie śmierci matka jego ma zapewnioną sobie pensyję dożywotnią. Urzędy pograniczne austryjackie oprócz rozporządzeń wyżéj podanych otrzymały także instrukcyję szczegółową, według któréj desinfekcyja osób przyjeżdzających z Rosyi i ich pakunki odbywać się ma przez 3 godziny za pomocą kwasu siarkawego (SO_2).

* Trybunał paryski skazał na grzywnę lekarza (Dra Berrut), który wezwany jako świadek w sprawie spędzenia płodu odmówił złożenia przysięgi, z powodu, że przysięga zniewala do wypowiedzenia całéj prawdy, a obowiązek ten nie zgadza się z obowiązkiem zachowania przez lekarza tajemnicy osób opiece jego powierzających się. Trybunał nie uznał za słuszne te pobudki, ponieważ art. 378 kodeksu karnego franc. wprawdzie zabrania lekarzom wyjawienia tajemnicy pacyjenta jednak nie wspomina o tém, jakoby lekarz nie miał być wezwany na świadka. (U nas pod tym względem nie ma żadnéj wątpliwości, gdyż sponsyja akademicka wspomina o zachowaniu tajemnicy *„nisi a legitimo judice interpellatum.“) (Annales d'hygiène publ.* 1879. *Février*).

Statystyka epidemij. Ospa wzmaga się w Londynie. Umarło osób 24, poprzedniego tygodnia 12, a zachorowało 75 osób, poprzedniego tygodnia 69. W szpitalach leczy się ospowa-

tych 311. W Wiedniu i Budapeszcie umarło tyle osób, co i w ubiegłym tygodniu (13 względnie 18), w Paryżu nieco więcéj 12, w Pradze 3, w Barcelonie mniej znacznie 10, w Petersburgu o wiele więcéj 48. W Brukseli, Warszawie, Odesie, Wenecyi zaszło kilka przypadków śmierci. W Liwerpolu i Birminghamie złagodniała płonica. W Petersburgu umarło więcéj osób z durzycy; 32 osób z durzycy brzusznéj, 12 z durzycy osutkowéj. (*Veröffent. d. d. Gesundheitsamtes*).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 4 (od 19 — 25 stycznia włącznie) umarło w Krakowie osób 33; męż. 20 i kob. 14; w obwodach osób 14, w szpitalach 20; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 31,3; w Warszawie 24,4; w Poznaniu 29,0; w Wiedniu 29,7; w Budapeszcie 39,3; w Pradze 39,9; w Tryjeście 39,4; w Berlinie 26,8; w Wrocławiu 31,4; w Monachijum 27.6; w Dreźnie 25.9; w Lipsku 18.6: w Bazylei 37,2; w Brukseli 26,9; w Paryżu 28,0; w Londynie 26,1; w Kopenhadze 24,0; w Chrystyjanii 17.1; w Petersburgu 46,7; W Odesie 40,9. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 5 osób, 1 z duru brzusznego, 2 z gorączki połogowéj, 1 z róży, 1 z posocznicy, doniesiono ze szpitalów o 3 przypadkach błonicy, o 1 przypadku płonicy, o jednym przypadku duru brzusznego, (z cyrku pod Zamkiem koło domu pod L. 113, gdzie endemicznie panował). *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 6 lutego. Podczas gdy dzienniki warszawskie z dokładnością zadziwiającą umiały podać dzień, w którym protomedyk Biesiadecki przybył do Warszawy, otrzymujemy właśnie wiadomość pewną, że protomedyk wcale Lwowa jeszcze nie opuścił i że dopiero w niedzielę 9 b. m. rano stanie w Krakowie. Obiad pożegnalny we Lwowie, o którym w przeszłym numerze była wzmianka, miał być świetnym; w licznych przemówieniach objawiły się szczere i serdeczne życzenia dla odjeżdżającego. szczególniéj zaś serdecznym i porywającym był wiersz p. Platona Kosteckiego.

* Wczoraj odbył się w salach hotelu Saskiego bal na rzecz biblijoteki uczniów wydziału lekarskiego. Bal wypadł wcale dobrze a rezultat pieniężny był odpowiednim.

Kraków dnia 3 lutego. Dnia 31 stycznia i 1 lutego widziałem wspólnie z kol. Drem Skakalskim na Podgórzu chłopca 14-letniego z niewiadoméj przyczyny na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (*meningitis cerebrospinalis*) chorującego; był on całkowicie nieprzytomny przez dwa dni, a dopiero po upływie tego czasu zwolna wrócił do przytomności, atoli jeszcze jest w niebezpieczeństwie życia. Kol. Skakalski wspomniał mi również, że przed tygodniem w pobliżu Podgórza kobieta 40-letnia téj saméj uległa chorobie; nie miał wprawdzie kolega sposobności obserwowania całego przebiegu choroby, gdyż dopiero na kilka godzin przed jéj zejściem był wezwany, atoli mógł stwierdzić, że to było zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Miałażby nas nawiedzić epidemicznie wyż wzmiankowana choroba?

Dr. Warschauer.

* Wydatki na uniwersytety austryjackie w r. 1879 oznaczone zostały w budżecie jak następuje: 1) Wiedeń 773,000 zła, nadto 229,400 zła. wydatków nadzwyczajnych. 2) Insbruk 196,000 zła. 3) Graz 259,000 zła. i 3100 zła nadzw. 4) Praga czeska 460,000 zła. i 139,230 zła. nadzw. 5) Lwów 153,000 zła 6) Kraków 213,000 zła. 7) Czerniowce 91,000 zła. i 2900 zła. nadzw.

* **Wiedeń**. Stypendyjum barona Habera w kwocie 1200 zła (porówn. Przegląd Lek. Nr. 50 z r. 1878) otrzymał rodak nasz Dr. Mikulicz, asystent prof. Billrotha.

* **Dorpat**. Ma tu stanąć pomnik spiżowy Ernesta Baera, wielkiego badacza, jako byłego ucznia uniwersytetu dorpackiego. Proff. Dragendorff i A. Schmidt w imieniu Uniwersytetu zbierają składkę, do któréj zapraszają wszystkich uczonych. Koszta pomnika wynosić mają 35,000 marek.

* **Mianowania i odznaczenia**. Dr S. Perkowski mianowany został etatowym ordynatorem w szpitalu ujazdowskim w Warszawie. — Prof. Dr. Sell i docent Wolffhügel zamianowani zostali cesarskimi radcami rządowymi i członkami niemieckiego urzędu zdrowotnego. — Prof. Voit w Bonie otrzymał order orła czerwonego 2giéj kl. a prof. Leyden w Berlinie tenże order 4téj kl. — Docenci prywatni Braun i Fürbringer w Heidelbergu mianowani zostali profesorami nadzw.

* **Nekrologija** W Mentonie umarł w 85 roku życia Dr. Trélat, lekarz w Salpétrière; był on w r. 1848 ministrem robót publicznych, późniéj członkiem i prezesem rady gminnéj m. Paryża. — W Berlinie umarł fizyk obwodowy Dr. Boehr, znany z prac swych higijenicznych; w Kasselu zasłużony anatom i operator Dr. J. Stilling.

W połowie stycznia rb. umarł w Żórawnie Dr. Władysław Rudnicki, członek koresp. Tow. lek. krak. Zmarły był uczniem uniw. kijowskiego, stopień Dra med. nabył w Uniw. Jagiell. i pracował najprzód w Krakowie pod prof. Teichmannem, a późniéj we Wiedniu w anatomii patologicznéj. W r. 1872 mianowany prosektorem szpitala powszechnego we Lwowie, utracił posadę tę w r, 1874 skutkiem zajść znanych, następnie przeniósł się do Żurawna w zamiarze założenia tamże zakładu leczniczego, który jednak nie przyszedł do skutku; po długiéj niemocy, która go w ostatnich czasach skazała na nieczynność, umarł licząc lat 40 przeszło. Kilka prac jego było umieszczonych w tygodniku naszym, a mianowicie w r. 1869 i 1870: Kilka studyjów i szkiców z prakt. medycyny i Listy o szkole lekarskiéj wiedeńskiéj; w r. 1871: Nieco o komórkach olbrzymich i znaczeniu ich w gruzełkach; w r. 1872: Nowy sposób badania ośrodków nerwowych człowieka prof. Beca w Kijowie (tłumaczenie); tłumaczył z niemieckiego wykłady Oppolzera o gruźlicy. Bocka dziełko o zachowaniu zdrowia i kilka innych, napisał wreszcie rozprawę w języku niewieckim ogłoszoną w *W. med. Woch.* Pokój jego cieniom!

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich**:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 5. Tymowskiego: Kilka uwag o trądzie; Zieleniewskiego: O ruchui rozwoju c. k. zakładu zdrojowego w Krynicy (c. d.); w *Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego* (r. 1879, I). Śwież awskiego: Przyczynki do dziejów medycyny w Polsce (Doktorzy i doktorka z czasów Kazimierza W. Chorzy z czasów Władysława Jagiełły. Doktorzy za Władysława Jagiełły). Smoleńskiego (z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie): Doświadczenia nad działaniem chlorku pilokarpinu; Rosenthala: Krytyczny rozbiór psychicznych i nerwowych zaburzeń przy początkowym rozwoju porażenia postępującego; — w *Medycynie* Nr. 5. Modrzejowskiego: Rys życia Korzeniowskiego; Daszkiewicza: O zwyrodnieniu i odradzaniu się nerwów przeciętych; Matlakowskiego: Kilka ciekawszych guzów (z kliniki chirurgicznéj prof. Kosińskiego); w *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 3. Grabowskiego: Kilka słów z powodu epidemii dżumy; Janikowskiego: Śmierć z zagardlenia (dok.)

Piśmiennictwo lekarskie. DAAE A. Die Farbenblindheit u. deren Erkennung. Uebersetzt v. W. Sänger. M. Tabelle. gr. 8 Berlin. A Hirschwald. gbd. M. 5.

DECAISNE E. et X. GORECKI. Dictionnaire élémentaire de médecine. Avec 568 fig. dans le texte. Grand in-8. Paris. Lauwereyns Fr. 15.

EICHHORST H. Die trophischen Beziehungen der Nervi vagi. zum Herzmuskel M. e. Taf. gr. 8. Berlin. A. Hirschwald. M. 1. 60.

EMMINGHAUS H. Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen. gr. 8. Leipzig. F. C. W. Vogel M. 9. (Ocenę tego dzieła podamy.)

EXNER SIGM. Leitfaden bei der mikroskopischen Untersuchung thierischer Gewebe. Mit 7 (eingedr.) Fig. in Holzschn. 2 verb. Aufl. gr. 8. Leipzig. Engelmann M. 2 40.

FISCHER E. Handbuch d. Verbandlehre. Mit 147 Holzschn. (Sep.-Abdr. aus Pitha u. Billroth's Handbuch.) gr. 8. Stuttgart. Enke. M. 5.

FORT J. A. Leçons sur les centres nerveux. In-4. Paris. V. Henry. Fr. 6.

FREY A. Schema zum Einzeichnen der Resultate der objectiven Krankenuntersuchung. gr. 16. Bruchsal. Katz, Sohn. In Etui. M. 2.

GARCIA M. Beobachtungen üb. die menschliche Stimme. Mit e. Vorwort von Leop. v. Schrötter [Aus: „Monatsschr. f. Ohrenheilkunde."] gr. 8. Wien. Braumüller. M. 80.

Na rzecz funduszu dla wdów i sierot po lekarzach złożyli w Redakcyi koll. Fr. Gralewski 7 zł., Bulikowski, Domański, Goebel, K. Grabowski, Jaszczurowski po 5 zł., Kralczyński zł. 2 w. a.,

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Korespondentowi w Petersburgu: Żałujemy, że z większéj części listu kolegi korzystać niemogliśmy, ponieważ sprawa w nim omówiona już u nas dokładnie jest znaną. Prosimy atoli bardzo o dalsze listy. — **Dr. A. B. we Wiedniu**: Artykuł otrzymaliśmy i chętnie go umieścimy, skoro tylko miejsce pozwoli. — **Dr. S. w P.** Otrzymaliśmy i umieścimy. — **Dr. S. w Görbersdorfie**: Życzeniu szan. kolegi stanie się zadosyć.

W celu sporządzenia dokładnego spisu lekarzy w Krakowie się znajdujących, szanowni Koledzy zechcą dokładne swe adresy wraz z oznaczeniem godzin ordynacyjnych oddać w księgarni p. Krzyżanowskiego w Rynku głównym.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nr. 49.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

W skutek upoważnienia Wysokiego Wydziału krajowego z d. 14 Stycznia 1879 r. l. 1393 Komitet administracyjny szpitali ogłasza konkurs na posady następujące w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, a mianowicie:

I. W oddziale chorób wewnętrznych.

1) Sekundaryjusza klasy I z płacą roczną 600 złr.
2) Sekundaryjusza klasy II „ „ 500 złr.

II. W oddziale chorób położniczych.

3) Sekundaryjusza klasy I z płacą roczną 600 złr.

III. W oddziale chorób umysłowych.

4) Sekundaryjusza klasy I z płacą roczną 600 złr.

Sekundaryjusze klasy I winni mieszkać w szpitalu, w którym stosowne pomieszczenie z opałem i światłem otrzymają.

Posady sekundaryjuszów obydwóch klas, udzielone będą na lat dwa, jednakże przy odpowiedniém pełnieniu obowiązków będą mogły być przedłużone na drugie dwulecie.

Podania ostęplowane należy wnieść do Komitetu administr. szpitali krakowskich **najdaléj do 15 Lutego 1879** albo wprost lub przez swoją władzę przełożoną, i w nich wykazać: wiek, stan, miejsce urodzenia i stopień Dra medycyny otrzymany na jednym z uniwersytetów Monarchii austryjacko-węgierskiéj.

Kraków dnia 18 Stycznia 1879.

Z komitetu administracyjnego szpitali.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracaja sie tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 15 lutego 1879. **№ 7.** Rok XVIII.

I. Zarośnięcie pochwy zupełne, wrodzone nieistnienie ujścia macicznego.

Opisał Antoni Lachowicz,
Doktór medycyny i chirurgii.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6.)

Poród rozpoczął się dnia 2 listopada 1869 r., t. j. w 262 dni, czyli w dziewięć miesięcy mniéj 11 dni, od zamężcia. Wezwany, przybyłem tegoż dnia około południa do choréj, bóle rozpoczęły się o 5 rano, dzień poprzedni, jakoteż i noc, przepędziła jak zwykle dobrze.

Przy badaniu przez pochwę znalazłem otwór maciczny wielkości 1 centa, przez który odeszło nieco wody płodowéj, położenie główkowe; bóle następowały regularnie co 4 do 5 minut i uczuwała je najsilniéj w krzyżach i pośladkach. Ufny w siły przyrody, oczekiwałem z dobrą otuchą, chociaż i pewnym niepokojem, pomyślnego końca.

O pierwszéj godzinie otwór maciczny (nie mogę powiedzieć ujście zewnętrzne szyjki macicznéj), rozszerzył się na 20 centów, tak że końcem palca mogłem wyśledzić położenie główkowe drugie, tj. tyłogłowie ku prawéj, czoło ku lewéj stronie matki; obwód otworu macicznego był twardy i napięty, ale cienki. Naciąłem go po bokach w kilku miejscach nożykiem gałeczkowym, wprowadzonym pod osłoną palca, aby ułatwić rozszerzanie się otworu i uchronić têm samém odbytnicę i pęcherz.

O 3 godz. otwór był wielkości 4 centówki, bóle nie zmniejszyły się, ani co do częstości, ani co do natężenia.

O 5 godzinie otwór maciczny był wielkości 2 guldenów srebrnych i otaczał tworzące się przedgłowie; bóle prawie nieustawały. Pacyjentka czuła się osłabioną i traciła odwagę; poleciłem jéj podać filiżankę bulionu.

O 3 kwadranse na szóstą chora żali się na silny ból głowy (którego dotąd nie uczuwała), i zaraz potém dostaje silnych drgawek: głowa wygięta ku tyłowi, zgrzytanie zębami, zupełna utrata przytomności, tętno bardzo małe i szybkie, skóra zimna. Upuściłem jéj krwi około 60 gramów z żyły ramieniowéj i przystawiłem gorczycznik w dołku podsercowym; po 3 minutach takich drgawek chora odzyskuje przytomność i żali się na ucisk w dołku podsercowym i silny nieustający ból głowy, po kwadransie drugi napad, podobny do pierwszego. Gdy przeminął, nałożyłem natychmiast kleszcze na główkę, która zaledwie obniżyła się do dolnego pierścienia małéj miednicy; wprowadzenie łyżek kleszczowych było stosunkowo dość łatwém, i wydobyłem ostróżnie, lubo względnie dość szybko główkę płodową, a następnie całe dziecię. Dziecię to było nieżywe i nie udały się próby ożywienia go, zdaje się, że zmarło w czasie drgawek, gdyż krótko przedtém uczuwała matka jego ruchy, łożysko prawidłowe odeszło bez żadnéj pomocy po 20 minutach. Matka zadowolona z rozwiązania była jakby otumaniona, myśli jéj się plątały, ale nowego napadu już nie było, a wieczorem była zupełnie przytomną. Płód płci żeńskiéj ważył 2000 gramów; długość jego 0,50 m., skóra głowy pokryta włosami, paznogcie zupełnie uformowane, wszystkie oznaki dziecka donoszonego, skóra ciepła i świéża, tylko twarz zsiniała, główka mierzona od tyłogłowia przez guzy czołowe miała w obwodzie 0m, 33, od tyłogłowia do bródki w obwodzie 0m, 36.

Przy opisie porodu nie wspomniałem nic o wodach płodowych, gdyż nieznalazłem już worka, albowiem błony płodowe przed mojém przybyciem przedarły się, miednicę matki znalazłem we wszystkich rozmiarach prawidłową.

Dnia 3 listopada. Nazajutrz po porodzie odwiedziłem chorą, która dobrze spała, nie było ani bredzenia, ani osłupienia, nie żaliła się na ból głowy. Macica sięgająca aż do pępka była przy ucisku lekkim bolesną, zresztą brzuch nie bolesny; moczu nie oddawała, musiałem więc założyć kateter, mocz nie zawiera białka przy zagotowaniu. Wargi sromne większe trochę opuchłe, międzykrocze do połowy rozdarte. Wprowadziwszy palec do odbytnicy przekonałem się, że przegroda między pochwą i odbytnicą cała i nieprzedarta, zaleciłem opaskę na brzuch, rosół, a za napój odwar z pérzu.

Dnia 4 listopada. Sen poprzedniéj nocy przerywany; macica nie się nie skurczyła od wczorajszego dnia, bolesna, odpływ połogowy zmniejszył się; tętno 120 uderzeń. Zaleciłem przystawić 15 pijawek w dolnéj części brzucha i gorczyczniki na uda.

Dnia 5 listopada. Chora spała lepiéj, ból lekki w okolicy macicy, tylko przy ucisku uczuwać się dający, macica więcéj skurczona, odpływ połogowy zwiększył się nieco; tętno 100; stan ogólny nie zły, chora sama mocz oddawała. (Przyparki z mąki lnianéj na brzuch, dwa razy dziennie rosół.)

Dnia 6 listopada. Chora spała 5 godzin, mocz oddała obficie; tętno 90; brzuch niebolesny, odpływ zwiększony, sutki nie obrzękłe. (Okłady ciepłe, 3 razy rosół.)

Dnia 7 listopada. Stan choréj zadowalający, tętno 80; macica skurczona na 3 palce poniżéj pępka; chora miała stolec obfity i oddała mocz; prosi, żeby jéj pozwolono więcéj jeść. Prócz rosołu 3 razy, pozwoliłem klejek i herbatę; okłady ciepłe na brzuch. Badając jednym palcem pochwę, a drugim odbytnicę przekonałem się, że przegroda pochwowo-jelitowa nie naruszona.

Tego samego dnia wieczorem o godz. 10 chora uczuła nagle gwałtowne kolki w całym brzuchu. Kobieta która ją dozorowała, opowiedziała mi, że pacyjentka wypiła filiżankę rosołu około czwartéj, następnie usnęła i spała dobrze aż do 10téj, o któréj to godzinie obudziły ją gwałtowne bóle, które całą noc trwały: nie uwiadomiono mnie zaraz, lecz wyczekiwano mego przybycia nazajutrz.

Dnia 8 listopada. Polegając na zadowalającym stanie choréj dnia poprzedniego, przybyłem dopiero w południe; zastałem chorą z twarzą rozognioną, tętno pełne, 135 uderzeń; odpływ połogowy ustał zupełnie, brzuch wzdęty, napięty, wszędzie bolesny; moczu nie oddawała, odprowadziłem go za pomocą katetern, nie było dreszczu; zaleciłem 20 pijawek na brzuch. Wieczorem o wpół do dziesiątéj odwiedziłem chorą: tętno 130; brzuch mniéj wzdęty i przy obmacywaniu mniéj bolesny. Przepisałem maść rtęciową do nasmarowania brzucha i okłady ciepłe, wewnętrznie małe dawki morfinu.

Dnia 9 listopada. Chora spała trochę, nie było dreszczu, tętno 158, brzuch wzdęty i bolesny na całéj przestrzeni; wyraz twarzy zmieniony, oddychanie częste i powierzchowne; odpływ połogowy prawie zupełnie ustał, a skąpa wydzielina wydaje woń niemiłą. Wyprowadziłem mocz kateterem, poleciłem przestrzykiwać pochwę odwarem z lnu z dodatkiem wody chlorkowéj; brzuch nasmarowano powtórnie maścią rtęciową i położono ciepły okład. Wieczorem obfite wymioty płynu zielonawego, przyczém jedna glista wydaloną została. Leczenia niezmieniono.

Dnia 10 listopada. Noc była bardzo niespokojna, chociaż bez bredzenia, dreszczu nie było; chora kilka razy wymiotowała płyn zielonawy, tętno 135, bardzo słabe, oddychanie znacznie przyspieszone; brzuch jak dnia poprzedniego. Wieczorem stan ten sam, więcéj tylko osłabiona; tętno nieregularne i trudne do zliczenia.

O pierwszéj po północy umarła.

Tak smutnie zakończyła się ta długa historyja, trwająca dwa lata i która sprawiała mi naprzemian zadowolenie i smutek, napełniała mnie obawą i nadzieją i wskazywała mi wielkie zasoby, a zarazem i granice naszéj sztuki. Badania zwłok nie dozwoliła rodzina.

Uwagi epikrytyczne. Na początku niniejszego opisu zaznaczyłem, że spostrzeżenie moje może się przyczynić do rozwiązania dwóch zagadnień; zastanowię się więc nad niemi poczynając od drugiego, jako więcéj zajmującego przy obecnym stanie nauki. O ile mi wiadomo, to literatura nie wiele nam podaje podobnych faktów: Amusat podał wiadomość (*Gaz. Méd.* 1835 p. 785 et 817.) o operacyi dokonanéj przez siebie z pomyślnym skutkiem u młodéj dziewczyny, u któréj był brak pochwy zupełny; z opisu tego widzimy, jak dalece go zajmowało pytanie, czy w razie zamężcia następstwa nie zagroziłyby mocno życiu pacyjentki: miał on to przekonanie, że pomimo wązkiéj pochwy nowo wytworzonéj małżeństwo jest możliwém; a naturalne następstwo tegoż zapłodnienie może mieć przebieg pomyślny; lubo obydwaj sławni chirurgowie konsultanci Magendie i Marjolin orzeczenie swoje wypowiedzieli z wielką ostrożnością. Lecz opis ten i rozumowania w nim zawarte, gruntowne pod względem teoryi, nie miały w danym przypadku doniosłości praktycznéj. Dr. Kluyskens opisuje w *Annales et le bulletin de la Société de Médecine de Gand* z lipca 1845 spostrzeżenie swoje o operacyi dokonanéj u młodéj dziewczyny, która następnie za mąż wyszła; lecz kobieta ta pozostała bezpłodną. Gaertner (*Katharinenhospital w Stutgardzie. Würtembergisches med. Correspondenzblatt B. XL.* Nr. 1 i 2) zdaje sprawę z podobnego przypadku u osoby 23 lat mającéj; u niéj odpływała krew miesiączkowa zrazu nieregularnie przez kiszkę stolcową, a następnie gdy się wytworzył ropień na lewym pośladku na cztery palce nad guzem kości kulszowéj, po którym pozostała przetoka, odpływała przez tę przetokę. Zrost pochwy był tak zupełny, że pomiędzy mało rozwiniętemi wargami sromnemi nie znalazł ani śladu szpary pochwowéj, w tém miejscu była gładka i równa ściana. Próbowano operacyi, lecz po zrobieniu nacięcia na 6 cm. dostał się palec przez otwór $1/3''$ wynoszący do męcherza; operacyja ta nie sprowadziła gorszych następstw dla pacyjentki, która i nadal regularnie przez przetokę na lewym pośladku miesiączkowała. Pallen (*Absence of the vagina St. Louis Med. and Surg. Journ. Jan. 145.*) utworzył z wielkim trudem u swojéj pacyjentki pochwę dla odpływu krwi miesięcznéj, dalsze szczegóły niewiadome. Bergstrand (*Atresia vaginae c. haematometra, Hygiaea 1872.* p. 686 nieoperowana). Martens og Vogt (*Tilfäld of Haematometra. Gjentagen Punctur Norks Mag. f. Lägerid* R. 2, Bd. 2, p. 646, og. 651.) Wszystkie inne przypadki odnoszą się do braku pochwy i macicy, a zatém nie wchodzą w zakres niniejszéj pracy; osobliwie bogatą pod tym względem jest literatura duńska i szwedzka; to samo należy powiedzieć i o przypadku operowanym przez Rokitańskiego młodszego (*Wiener med. Presse* Nr. 10. 1877 pag. 306) oraz drugim operowanym przez Leopolda Bergera w Czegled (*Wien. Med. Presse* Nr. 16, 1877, pag. 518.) Zdanie moje o tych rękoczynach podam poniżéj.

Obecnie wracam do mojéj pacyjentki: u niéj zapłodnienie nastąpiło w pierwszych zaraz dniach po zamężciu i przebieg ciąży był zupełnie prawidłowy; dwie te okoliczności zasługują już same przez się na uwagę, obawiałem się bowiem zrazu, czy rozszerzenie macicy zbyt długo trwające przez nagromadzoną w jéj jamie krew, a następnie dokonany na macicy rękoczyn, nie sprowadzi stanu niezgodnego ze swobodném rozwijaniem się płodu w jéj wnętrzu. Przypominam również, że obrzęk czyli guz utworzony przez jajowód lub też jajnik prawy, albo przez obydwa razem, stanowił również przeszkodę w zapłodnieniu z téj strony i można tu orzec prawie z pewnością, że jajka do zapłodnienia dostarczył jajnik lewy. Żałuję mocno, że badanie pośmiertne było

niedozwolone i nie mogło mnie oświecić pod tym względem bezpośrednio.

W przebiegu samego porodu trzy okoliczności zwracają przedewszystkiém naszą uwagę: trudne i powolne rozszerzanie się sztucznego otworu macicznego, drgawki i użycie kleszczy. Nie ulega wątpliwości, że wązki otwór maciczny i brzegi jego niepodatne były wielką przeszkodą przy rozszerzaniu się; byłem przygotowany na tę trudność i starałem się ile możności zaradzić jéj przez liczne nacięcia, lecz tutaj z konieczności czyli dla braku miejsca musiałem robić nacięcia płytkie, a zatém niedostateczne. W zwykłych przypadkach, w których szyjka maciczna wystaje w pochwie prawidłowo szerokiéj, można nacinać ujście maciczne z łatwością, bez obawy i w każdym kierunku; lecz gdy brakuje zupełnie szyjki macicznéj, a otwór w macicy zrobiony bezpośrednio okalają ściany pochwy wąskiéj i względnie ciasnéj rozwaga nakazuje być bardzo ostróżnym, aby się nie zapędzić za daleko; z téj też przyczyny nacięcia moje musiały być niedostateczne i nie odniosły w całości zamierzonego skutku. To było przyczyną powolnego przebiegu porodu, bólów długotrwających i nieustających z małym skutkiem, a w następstwie sprowadziło drgawki; drgawki te znowu były powodem obumarcia płodu i zmusiły mnie do założenia kleszczy. Zadrżałbym był na samą myśl, gdyby mi kto był wspomniał o możliwéj potrzebie użycia kleszczy przed porodem, lub na początku tegoż i o przeprowadzeniu główki dziecka donoszonego, powiększonéj w swéj objętości kleszczami, przez taką pochwę sztucznie wytworzoną. Przyznam się nawet, że biorąc narzędzie do rąk czułem wielki niepokój, który powiększało jeszcze wzruszenie doznane na widok drugiego napadu drgawek, i obawa trzeciego napadu, który mógł stać się groźnym dla życia rodzącéj. Nie zawahałem się jednak dokonać tego, gdyż konieczność była naglącą i z przyjemnością przekonałem się, że obawa moja była za wielką, gdyż międzykrocze tylko lekko, a przegroda pochwowo-jelitowa wcale nie została nadwerężoną.

Zgubnemi były następstwa porodu: czemuż to przypisać należy? Sam poród nie trwał zbyt długo; trzynaście godzin, to jak na pierwiastkę wcale nie zadługo. Ani nacinanie brzegów otworu macicznego, ani drgawki, ani użycie kleszczy, nie mogą dostatecznie wytłumaczyć zapalenia macicy i otrzewny, lecz wszystko razem wzięte mogło takowe prędzéj wywołać! Nie chcę roztrząsać szczegółowo, gdyż zdaniem mojém w przypadku niezwykłym należy opisać dokładnie i szczegółowo sam fakt, nic nie przekręcać, nie osłaniać, a pozostawić orzeczenie czytelnikowi.

Co się tyczy zamężcia pacyjentki, to sądzę, że nie było powodu wzbraniania jéj tego bezwzględnie; gdyby nie biegunka trzymiesięczna, która ją osłabiła, byłby się poród odbył siłami przyrody; sądzę, że się nie mylę twierdząc, iż drgawki były wywołane opornością w rozszerzaniu się ujścia macicznego i że one to były głównym powodem zamarcia płodu; lecz ponieważ drgawki nie są zjawiskiem tak rzadkiém u rodzących, nie widzę w nich dostatecznego powodu do wzbraniania małżeństwa. Zapalenie macicy i otrzewny często mają przebieg niepomyślny w okresie połogowym, a sama sprawa porodu, jakoteż budowa części rodnych, zapewne nie wpływały niekorzystnie na to cierpienie u mojéj choréj. Sądzę nakoniec, że gdyby była tym razem wyszła szczęśliwie z téj choroby, mogłaby była powtórnie zajść w ciążę i urodzić szczęśliwie.

Zadałem sobie również pytanie: czy w podobnym przypadku nie należałoby przy pierwszéj ciąży sprowadzić sztucznego poronienia, ażeby tym sposobem przygotować lepiéj części rodne do drugiego porodu, albo wywołać wczesny poród w siódmym lub ósmym miesiącu? Jestem przekonany, że gdyby przypadkiem było nastąpiło poronienie, miałoby ono niezawodnie przez przygotowanie dróg rodnych pomyślny wpływ na następne porody prawidłowe; lecz nie sądzę, żeby sztucznie wywołane poronienie mogło być bardzo korzystném. Co do drugiego punktu, to przyznaję się, że miałem myśl sprowadzić wczesny poród, lecz po głębszém zastanowieniu się porzuciłem ją i mniemam dzisiaj jeszcze po wszystkiém co zaszło, że można było zaufać siłom natury i że kobieta w tych warunkach, w jakich się moja pacyjentka znajdowała, może rodzić szczęśliwie bez narażenia na niechybną zgubę własnego życia, lub też życia dziecka.

(Dokończenie nastąpi).

II. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurg. we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

a) Uwagi dotyczące cięcia krtani tarczykowego (*Thyreotomia, Laryngofissio, Laryngotomia*) i opis odnośnych czterech przypadków.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6.)

Przypadek III. Anastazyja Sobkowa, mężatka lat 29 licząca, przybyła na oddział chirurgiczny w dniu 24 listopada 1877; przedtém była leczoną na oddziale chorób wewnętrznych; podawała, że od dwóch lat dostała chrypki skutkiem przeziębienia podczas prania bielizny; chrypka wzmagała się stopniowo, a w końcu zamieniła się prawie w bezgłos; tylko przy znacznem natężeniu wydobywała chora w chwili przybycia piskliwe tony, które miały charakter tonów fistułowych. W ostatnich miesiącach dostała chora zadyszki, która najbardziéj występowała nawet po najlżejszém natężeniu fizycznem; w ostatnich zaś tygodniach dostawała napadów zaduszenia w nocy, przeciw którym podczas swego pobytu na moim oddziale z dobrym skutkiem używała wdychiwań z pary wodnéj; zresztą jéj oddech był taki, jaki bywa przy znacznem ścieśnieniu krtani (*Laryngosthenosis*). Badanie wziernikowe wykazało: nakrywka, powłoka chrząstek Wrisberga i rzekome struny nieznacznie nastrzykane, struny głosowe białe, u wolnych swoich brzegów miernie zgrubiałe, poruszają się podczas mówienia i oddychania swobodnie; tuż pod niemi w kształcie podłużnych fałdów naśladujących struny głosowe i jakby trzecia para takowych, dwa boczne wyrostki ścieśniające szparę głosową do tak wysokiego stopnia, że jéj średnica poprzeczna w najszerszém miejscu zaledwie 1 linię wynosić mogła. Te nieprawidłowo fałdy nieporuszały się ani podczas mówienia ani oddychania, a na ich wolnych brzegach widać było osadzony i zaschnięty śluz; nie ulegało więc wątpliwości, że napady zaduszenia w nocy pozostawały w ścisłym związku z nagromadzeniem i zasychaniem śluzu na fałdach opisanych. Obraz wziernikowy więc przedstawiał wybitny wzór téj choroby, którą Gerhardt nazwał „*Chorditis vocalis inferior hypertrophica*“, a która w dalszym ciągu niniejszych moich prac kazuistycznych będzie przedmiotem osobnéj rozprawki. Z téj właśnie przyczyny poprzestaję na krótkiéj wzmiance w tém miejscu, zachowując sobie bliższe szczegóły na później; tu zaś namienię

tylko tyle, że Burow młodszy spisując swoją kazuistykę w 18 tomie archiwu Langenbecka, przytacza pod względem sposobu leczenia téj choroby, że tak we wszystkich jego (w liczbie 4) przypadkach, jakoteż i w innych znanych w literaturze, została wykonaną tracheotomija i nic więcéj nie zdołano zdziałać na korzyść chorych. Ponieważ nadto znany mi był inny świeży przypadek téj samej choroby, w którym ja choréj proponowałem cięcie tchawicy, a chora nie poprzestając na tém udała się do Schröttera w Wiedniu, który jéj wykonał ten sam rękoczyn i z rurką tchawiczą ją odesłał, na podstawie wszystkich wymienionych przypadków miałem i tu alternatywę: cięcie tchawicy z rurką dożywotnią, albo za pomocą tyreotomii i wycięcia fałdów uchylić tę ostatnią zbyt przykrą ewentualność bez pewności osiągnięcia celu, a to z powodu braku podobnego przykładu. W dniu 12 grudnia 1877 wykonałem tyreotomiję bez poprzedzającéj tracheotomii i bez narkozy. Po wycięciu fałdów, które były osadzone na granicy strun głosowych, pomazałem odnośne miejsca roztczynem chlorku żelaza i zaopatrzyłem ranę jak w poprzednich przypadkach. W kilka dni po operacyi włożyłem rurkę tchawiczą przez cięcie w więzadle pierścienio-tarczykowém, a to z tego powodu, że chora dla lekkiego obrzęku krtani była niespokojną, lecz wyjąłem ją po kilku dniach. Przebieg gojenia był bezgorączkowy i bez powikłania; już po wygojeniu rany na szyi skonstatowałem wziernikiem niesymetryczne ułożenie strun głosowych, jakoteż obecność małego guziczka granulacyjnego w przednim kącie strun głosowych i ta właśnie okoliczność wytłumaczyła mi, dlaczego głos choréj jakkolwiek znacznie się polepszył, zawsze jeszcze był chrapliwy. W dniu 2gim lutego 1878 wyrwałem ten wyrostek w drodze wziernikowéj szczypczykami Stoerka bez poprzedniego przygotowywania choréj, poczém głos natychmiast stał się prawie zupełnie prawidłowym. W styczniu 1878 miałem zaszczyt przedstawić chorą a oraz odnośny przedmiot anatomiczny profesorowi Billrothowi, kiedy będąc we Lwowie odwiedził mój oddział, w dniu zaś 2go marca przedstawiłem ją tutejszemu Towarzystwu lekarskiemu, w dniu zaś 28 marca wypuściłem ją jako zupełnie uleczoną; odtąd chora u nas się jeszcze nie pokazała, nie wątpię jednak wcale, że jest zupełnie zdrową.

Badanie drobnowidowe wyciętych wyrostków uskutecznione przez szan. kolegę prosektora Feigla wykazało: utkanie części wyciętéj zbliżone jest budową najbardziéj do więzadeł głosowych prawdziwych: mianowicie przedstawia na przekrojach prostopadle do powierzchni i wzdłuż kawałków poprowadzonych powierzchnią gładką, tu i owdzie tylko lekko falistą, pokrytą przybłonkiem nikłym, niewyraźnym, płaskim, na niektórych odcinkach tu i owdzie migawkowym. Utkanie to składa od powierzchni warstwa zbita falista tkaniny łącznéj z odosobnionemi włóknami sprężystemi pomieszana; w głębszych zaś warstwach tkanina ta łączna układa się w siatki w rozmaitych kierunkach przebiegające, które otaczają spore pęczki włókien sprężystych w różnych kierunkach a przeważnie nieco ukośnie od głębi do powierzchni i w poprzek długości owych kawałków przebiegające, poniżéj téj warstwy tkanina łączna staje się bardziéj wiotką. Utkanie to zaopatrzone jest w skąpe tylko naczynia i to przeważnie w głębszych jego warstwach przebiegające, brak zaś w nim zupełnie gruczołów; nie można też dostrzedz ani śladu nacieku zapalnego, komórek tkanki łącznéj młodszych itp. Budowę tkaniny téj musimy więc uważać jako należącą do więzadła prawdziwego i jako przerost tylko tkaniny prawidłowéj, żadną miarą zaś nie możemy jéj uważać za nowotwór, naciek zołzowy.

Z powodu ważności tak samego przypadku, jakoteż i sposobu leczenia przezemnie użytego, będzie tenże jak już wspomniałem, przedmiotem osobnéj rozprawki.

Przypadek IV. Jakób Szczęch lat 26 liczący, żonaty, przybywszy na oddział chirurgiczny w dniu 30 października 1878 podał że jego choroba krtani datuje się od 2½ roku; przyczyna jéj jest mu zupełnie nie znaną; poszukiwanie za tak zwaną *blenorrhoea laryngis et tracheae* (Stoerk) dało wynik ujemny. Choroba rozpoczęła się od chrypki, która w ostatnim czasie zamieniła się prawie w zupełny bezgłos, tak że obecnie potrzeba chorego z bliska słuchać, ażeby wyrozumieć jego chuchającą mowę; jeżeli się zachowuje spokojnie, natenczas oddech jego jest dość swobodny, jakkolwiek trochę przeciągły, skoro zaś zrobi parę kroków, oddech jego staje się świszczącym. Badanie wziernikowe tylko z wielkim trudem uskutecznić można i to niedostatecznie, pod tym względem nie doświadczyłem dotychczas jeszcze nigdy takich trudności; język chorego jest gruby i tak niepodatny, że tylko z wielkiém natężeniem można go trochę z jamy ustnéj wyciągnąć, lecz wcale nie tyle, ile potrzeba do wygodnego badania wziernikowego; krtań zaś względnie bardzo nisko osadzona, nakrywka z boków zwinięta i znacznie ku tyłowi pochylona, a górne ujście krtani jakby skurkiem dośrodkowego przerostu ścian zwężone. Usiłowałem rozmaitemi sposobami dokładnie zbadać krtań wziernikiem, lecz nigdy nie mogłem więcéj widzieć nad dwa guzki dość znacznéj wielkości, białe, w przednim kącie chrząstek tarczykowych znacznie zwężające szparę głosową; strun głosowych nie widziałem ani razu. Zanim zabrałem się w tym przypadku do rękoczynu, przedstawiłem chorego w grudniu z. r. na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego. Tu usiłowali koledzy biegli w sztuce badać wziernikiem, lecz napróżno, tylko jednemu udało się przy pomocy drugiego kolegi, który z użyciem znacznéj siły wyciągnął język choremu, zobaczyć owe guzki, o których wspomniałem. Moje rozpoznanie opiewało: „*Hypertrophia membranae mucosae laryngis*“ a to na podstawie opisanych białych wyrostków, dośrodkowego zwężenia światła krtani, jakoteż na podstawie wykluczenia innych nowotworów; a do tego rozpoznania skłoniłem się tém bardziéj, o ile guzki były na pozór zupełnie podobne do tych, które były w pierwszym przypadku choroby opisanéj przez Stoerka w jednym z numerów z czasopisma *Wien. med. Wochenschrift* z r. 1878. Z powodu zbyt wielkich trudności dla jakiejkolwiek manipulacyi w drodze wziernikowéj, nawet nie pokusiłem się o próbę w tym kierunku, lecz przystąpiłem od razu do tyreotomii w dniu 16 grudnia r. z. Po wycięciu obu guzków, które szeroką podstawą były osadzone nad przednim kątem strun głosowych weiskając się szczytem między nie, nałożyłem szwy z katgutu Nr. I przez tkankę osłaniającą chrząstki tarczykowe *(sutura parachondrica)* i zbliżyłem tym sposobem brzegi chrząstek zupełnie do siebie, poczém wyściéliłem ranę gazą Listrową i wytamponowałem watą Brunsową. Przebieg gojenia był bezgorączkowy, chory już wyleczony, jakkolwiek ze szpitala jeszcze nie wyszedł. Rzecz dziwna, że dopiero po dokonanéj tyreotomii i w ciągu gojenia rany zdołałem wziernikiem widzieć dobrze wnętrze krtani. Głos chorego jest szorstki, chrapliwy, atoli silny i wyraźny: zresztą tuszę sobie, że się jeszcze poprawi, albowiem obecnie ranka operacyjna w krtani jeszcze wydziela trochę ropy.

Badanie drobnowidowe uskutecznione przez szan. prosektora Feigla wykazało: Guzek kształtu fasolki o podstawie szerokiéj okazuje na przekrojach pionowych pod drobnowidem na powierzchni płaskie i szerokie brodaweczki, w jednym zaś końcu olbrzymie i długie brodawki kosmkowe, obok siebie ułożone, które pokryte są, jak cała powierzchnia guzka, wielowarstwowym przybłonkiem walcczkowym. Pod warstwą przybłonkową przedstawia się utkanie całego guzka jako złożone w całéj swéj grubości z włóknistéj delikatnéj, lecz gęstéj tkaniny łącznéj, w téj zwłaszcza wzdłuż przebiegu naczyń, które są niezbyt liczne i cieńkie, występują pasma złożone z komórek wrzecionowatych z wyraźnemi jądrami. Nadto pod powierzchnią guzka widać liczne komórki limfoidowe w kępkach lub smugach rozrzucone. Nie widać zaś w całym guzku ani śladu gruczołów z wyjątkiem dwóch przewodów gruczołowych, blisko podstawy guzka częściowo utrzymanych. Rozpoznanie anatomiczne brzmi więc: brodawczak krtani *(papilloma)*.

III. Oceny i sprawozdania.

Proff. Ranke i Buchner (w Monachijum), Gorup-Besanez (w Erlandze) i Wislicenus (w Würzburgu): **Doświadczenia nad możebnością wykazania strychninu w trupach gnijących.**

Żona weterynarza umarła d. 30 czerwca 1875 r. śród silnych kurczów tężcowych w 2 godziny po zażyciu „środka przeczyszczającego,“ zadanego jéj przez męża. W 4 miesiące po śmierci (30 listopada) wydobyto zwłoki i przesłano komitetowi lekarskiemu w Monachijum wątrobę, żołądek i inne trzewa do badania chemicznego. Obwiniony dowiedziawszy się o ekshumacyi wyniósł się do Anglii, gdzie został uwięziony; gdy zaś badanie chemiczne uskutecznione przez prof. Buchnera nie zdołało wykryć w trzewach żadnéj trucizny, wypuszczony został przez sąd angielski i powrócił do domu, gdzie go znów uwięziono i stawiono przed sąd przysięgłych w Straubingu. Przy rozprawie odbytéj w miesiącu lipcu 1876 r. lekarz sądowy oświadczył się stanowczo za otruciem strychninowém, prof. Rinecker w imieniu komitetu lek. uniwersytetu würzburskiego uznał otrucie za prawdopodobne. Obrona zawezwała 5 znawców; z nich proff. Ranke i Filehne również uznali otrucie za prawdopodobne, prof. weterynaryi Franck za nieprawdopodobne, ale możebne, radzca lekarski Rapp i lekarz sądowy Schlagintweit oświadczyli się przeciw otruciu, ostatni z dodatkiem, że tężec, śród którego kobieta umarła, nie był strychninowym, lecz gośćcowym. Prof. Filehne nadto zasięgnął zdania dwóch znawców, specyjalnych strychninologów, a mianowicie proff. Dragendorffa w Dorpacie i Uslara w Getyndze; pierwszy drogą telegraficzną odpowiedział, że po 4 miesiącach strychnin zadany w dawce śmiertelnéj z pewnością można wykazać w trupie gnijącym i że nawet jeszcze po upływie roku pokusiłby się o wykazanie strychninu; ostatni odpisał w podobny sposób, z dodatkiem, że według jego doświadczenia strychnin w nadmiarze użyty nawet po kilku latach wykazać się daje. Obrońca odwołał się nadto i do pracy Böcka (w dziele zbiorowém Ziemssena), wedle którego strychnin bardzo długo opiera się zgniliźnie i że nawet po 11 latach wykazać go można; nic więc dziwnego, że sąd przysięgłych uznał oskarżonego niewinnym, skoro badanie chemiczne nie zdołało wykryć w trupie trucizny już po upływie 4 miesięcy.

Z powodu tego przypadku 4 wyżéj wzmiankowani profesorowie postanowili zbadać tę kwestyję gruntownie i ułożyli sobie plan otrucia większéj ilości psów za pomocą azotanu strychninowego i to w dawce takiéj, jaka wystarcza do otrucia człowieka, daléj zbadania objawów po otruciu występujących, pory pojawienia się i ustania tężca pośmiertnego, następnie zakopania zwierząt w ziemi w zwykłéj głębokości, wykopania ich w rozmaitych okresach, wreszcie badania chemicznego pewnych części ciała przez każdego z 3 chemików z osobna i robienia doświadczeń fizyjologicznych przez prof. Rankego za pomocą wyciągu przez pierwszych otrzymanego.

D. 21 lipca 1876 r. otruto w zakładzie weterynarskim w Monachijum 17 psów, zadawszy każdemu po 0·1 azotanu strychn. w pigułkach.

Objawy: 1) U żadnego zwierzęcia nie było wymiotów, natomiast u wielu odejście kału; wszystkie były spokojne aż do wystąpienia objawów otrucia. Objawy te występowały rozmaicie: najprędzéj w 5, najpóźniéj w 83, średnio w 18 minutach po zadaniu trucizny; ciężar ciała i rasa nie miały wpływu na prędsze lub późniejsze pojawienie się choroby. 2) W związku z poprzedniemi cyframi pozostaje czas, jaki upłynął od zadania pigułek do śmierci zwierząt; wynosił on najmniéj 12, najwięcéj 90, średnio 35 minut. Od wystąpienia pierwszych objawów otrucia aż do śmierci upłynęło najmniéj 4, najwięcéj 27, średnio 11 minut. 4) W sprawie sądowéj wyżéj przytoczonéj w $^1/_2$ godziny po śmierci kobiety nie znaleziono na zwłokach stężenia; obrońca opierając się znów na Böcku dowodził, że brak rychłego stężenia pośmiertnego wyklucza śmierć ze strychninu. Brown-Séquard na podstawie doświadczeń swych twierdzi, że po truciznach kurcz wywołujących stężenie tém prędzéj po śmierci występuje, im silniejszemi i częstszemi były drgawki. Otóż w tym przypadku bezpośrednio po śmierci u żadnego zwierzęcia nie spostrzeżono stężenia; następnie przekonano się, że wprawdzie stężenie występuje tém prędzéj, im dłużéj trwały objawy otrucia, lecz na odwrót krótkiemu trwaniu tych objawów nie odpowiada późne stężenie. W ogóle stężenie rozpoczynało się od przednich odnóg i było bardzo wybitne. Najwcześniéj stężenie wystąpiło w 22, najpóźniéj w 97, średnio w 50 minut po śmierci. 5) Stężenie nie trwało dłużéj, aniżeli po innych rodzajach śmierci; ustawało ono w 16—42 godzin po śmierci. 6) Ilość napadów tężcowych była nieznaczną; najwięcéj było ich 5, najmniéj 2, średnio 2·5. U 11 psów śmierć nastąpiła już po 2 napadzie, u 3 po 3, u 2 po 4, u 1 po 5. U wszystkich śmierć nastąpiła bezpośrednio po napadzie, a napad każdy trwał w przecięciu 1 minutę.

Badanie chemiczne. Ekshumacyja pierwsza nastąpiła 29 października (w 100 dni po śmierci), druga i trzecia 3 grudnia (135 dni), czwarta 8 lutego (200 dni), piąta i ostatnia 18 czerwca (330 dni). Każdy chemik otrzymał z każdéj sekcyi zwierząt wykopanych żołądek i jelita podwiązane, oraz wątrobę i śledzionę jednego zwierzęcia; tylko z ostatniéj sekcyi nie zdołano juz dla wielkiéj zgnilizny odosobnić trzew. Jednak żaden z chemików nie był w stanie w drodze chemicznéj wykryć strychninu z pewnością, jakkolwiek gorzki smak wyciągów z prawdopodobieństwem domyślać się kazał obecności tego alkaloidu.

Doświadczenie fizyjologiczne. Marshall Halli był pierwszym, który zwrócił uwagę na znakomitą własność strychnoskopijną żab i to oddziaływanie ich zalecił jako środek badawczy w medycynie sądowéj, zwłaszcza gdy według Pickforda wstrzyknięcie podskórne $^1/_{100000}$ grana strychn-

nu wystarcza do wywołania kurczów tężcowych. Otóż prof. Ranke robił doświadczenia na żabach, wstrzykując im pod skórę grzbietową wyciągi otrzymane od chemików, rozpuszczone w wodzie zimnéj, a wyniki tych doświadczeń, jakotéż badań chemicznych streszcza jak następuje:

1) Trzej w badaniach sądowo-chemicznych doświadczeni profesorowie chemii nie zdołali za pomocą postępowania przez Stasa poprawionego wykryć strychninu w psach otrutych dawką dla człowieka śmiertelną (0·1 strychnini nitr.), a pochowanych w ziemi przez 100, względnie przez 130, 200 i 330 dni.

2) Obecności atoli téj trucizny domyślać się można było po smaku gorzkim wyciągów otrzymanych z psów, które nawet przez 330 dni były pochowane w ziemi.

3) Oddziaływanie fizyjologiczne strychninu jest o wiele czulsze od chemicznego. W kilka minut po wstrzyknięciu podskórném żaby uległy silnemu tężcowi: najsilniéj działały wyciągi otrzymane z psów, które przez 100 dni leżały w ziemi, ale oddziaływanie strychninowe wystąpiło jeszcze dokładnie i po wstrzyknięciu wyciągów otrzymanych z psów, które przez 330 dni były zakopane.

4) Jakość ziemi, w której ciało było pochowane, nie wpływa na oddziaływanie fizyjologiczne strychninu.

5) Wyciągi otrzymane z ciał mocno gnijących wywołują u żab skutek osłabiający i odurzający, zwalniający czynność sercową, który opóźnia a po części i mąci działanie strychninu.

W sposób taki działają głównie wyciągi otrzymane z jelit (wyciągi gnilne), w mniejszym stopniu wyciągi pochodzące z żołądka, a najmniéj z wątroby i śledziony.

6) Z tego powodu wątroba i śledziona są trzewami najważniejszemi dla dochodzenia fizyjologicznego strychninu.

7) W żadnym przypadku stężenie trupie nie wystąpiło bezpośrednio po śmierci, lecz średnio dopiero po 50 minutach.

8) Stężenie trupie u wszystkich psów otrutych strychninem było silnie rozwiniętém, jednakowoż nie trwało szczególnie długo.

(Zwracamy uwagę na tę znakomitą pracę doświadczalną, uskutecznioną przez powagi pierwszorzędne, a wyświecającą w sposób przekonywający nader ważną kwestyję toksykologiczną, oraz wartość t. zw. kontroli fizyjologicznéj. *Sprawozd.*) (*Virchows Archiv f. patholog. Anatomie* Tom 75, zeszyt 1 z 2 stycznia 1879, str. 1—23). *L. B.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie VIII z dnia 27go czerwca 1878 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 10.

1) Sekretarz odczytuje odezwę izby handlowo-przemysłowéj we Lwowie w przedmiocie mapy statystycznéj Galicyi i Bukowiny, w któréj to odezwie izba handlowa zaprasza komisyję balneologiczną o wypracowanie wykazu statystycznego zdrojowisk galicyjskich, poczém zdaje sprawę z referatu zarządu komisyi przesłanego izbie handlowo-przemysłowéj we Lwowie. Według sporządzonego wykazu statystycznego w Galicyi znajduje się 18 zakładów zdrojowo-kąpielnych i leczniczych. 150 zaś zdrojowisk wód lekarskich. Na Bukowinie jest 1 zakład i 18 zdrojowisk.

2) Prof. Dr. Olszewski odczytuje wyniki rozbioru chemicznego wody żegiestowskiéj z flaszek korkowanych według ulepszonego sposobu.

Dr. Buszek wyraża żal, że nie rozebrano chemicznie wody żegiestowskiéj dawnym sposobem korkowanéj, przyczém oświadcza, iż pożądanym byłby nowy rozbiór wody krynickiéj, we flaszkach na sprzedaż rozsyłanéj. W dalszéj rozprawie nad tym przedmiotem zabiera głos prócz autora przewodniczący prof. Dr. Korczyński, prof. Dr. Alth, prof. Dr Grabowski i Dr. Lutostański. Na wniosek przewodniczącego komisyja balneologiczna uchwaliła: 1) zawiadomić właściciela Żegiestowa o wynikach rozbioru chemicznego; 2) wezwać go, aby nadesłał prof Olszewskiemu do rozbioru chemicznego wodę dawnym sposobem napełnianą; 3) wezwać zarządy zdrojowo-kąpielne w ogóle, a w szczególności zarząd zdrojowy w Krynicy, aby poddał rozbiorowi chemicznemu wodę na sprzedaż rozsyłaną, a na wniosek zaś prof. Dra Grabowskiego: 4) aby komisyja chemiczna zbadała na miejscu stosunki zdroju żegiestowskiego. Przy téj sposobności prof. Dr. Korczyński udowadnia potrzebę badania chemicznego zagranicznych wód żelezistych na sprzedaż rozsyłanych i w tym celu uprasza prof. Drów Grabowskiego i Olszewskiego, aby w swych pracowniach dawali rozbiory chemiczne takich wód za przedmiot ćwiczeń.

3) Dr. Lutostański zdaje sprawę z wycieczki przezeń odbytéj do Rymanowa w celu zbadania zdrojów rymanowskich, tudzież udzielenia wskazówek co do urządzenia przyszłego zakładu. Prelegent opisał szczegółowo położenie zdrojów tudzież dotychczasowe prace w celu ich użycia i zabezpieczenia od dopływu wód słodkich i zalewu sąsiedniéj rzeki Taby. Następnie opisał własności fizyczne i chemiczne wody rymanowskiéj oraz przedstawił plan sytuacyjny zdrojów rymanowskich, tudzież wyniki pomiarów wydajności tychże zdrojów, które należą do najobfitszych w kraju naszym. Daléj wyłuszczył sposoby i środki hidrotechniczne, które zalecił właścicielowi Rymanowa hr. Potockiemu, w celu 1) podniesienia poziomu wody; 2) zabezpieczenia zdrojów od utraty bezwodnika węglowego; 3) uregulowania przypływu i odpływu wody; 4) obniżenia ciepłoty wody i usunięcia dopływów wody słodkiéj. Skreśliwszy szczegółowo sposób ostatecznego ujęcia zdrojów, ich ocembrowania i ochrony od wpływów powietrza atmosferycznego Dr. Lutostański wykazał konieczność nowego rozbioru chemicznego ilościowego, uważając istniejący rozbiór prof. Dra Weselskiego za niedostateczny. W dalszym ciągu swéj rozprawy autor opisał istniejące w pobliżu zdrojów domy i łazienki, tudzież wskazał w obszernym programie sposób urządzenia łazienek i ogrzewania wody na kąpiele,

W przedmiocie klimatografii Rymanowa zabrał głos prof. Dr. Czerny, poczém wszystkie wnioski Dra Lutostańskiego komisyja bez rozpraw przyjęła za swoje.

Sekretarz *Dr. Lutostański.*

V. Medycyna, lekarze i ich stanowisko w społeczeństwie narodów najdawniejszych.

Medycyna jest nauką najstarszą i najpierwszą. Już wówczas, gdy jeszcze wszystko grubą okryte było barbarzyństwa zasłoną, a ludzie nie znali nic oprócz naturalnych popędów i wszystkie ich cele i życzenia tylko do zaspokojenia tychże się odnosiły, ukazuje się nam medycyna, nie jaśniejąca wprawdzie światłem nauki, gdyż o takiéj mowy być jeszcze nie mogło, ale jako wynik konieczności i potrzeby ludzkiéj. Słusznie też mówi Hipokrates (*De prisca medicina*): Αὐτὴ γὰρ ἡ ἀνάγκη ἰητρικὴν ἐποίησε.... Tak konieczność wywołała u ludzi chęć rozpoznawania i leczenia chorób; ludzie zaczęli przemyśliwać nad odpowiednim do tego środkiem, aż wreszcie „ἀνάγκη“ powiła dziecię, a na imię mu było: Medycyna. Że takowa nie była początkowo niczém innem, jak czystą empiryją, nie potrzebuję dowodzić. Pytanie zachodzi tylko, kto tę empiryczną medycynę sprawował; początkowo niezaprzecznie każdy; późniéj gdy kult religijny coraz wię-

ksze zaczynał u ludów tych zapuszczać korzenie, gdy przypuszczano, że niektóre choroby są karą bogów lub oznaką ich gniewu, wtenczas to medycynę wzięli w ręce uczeni ludu, kapłani; religija i medycyna stanowiły odtąd na długie czasy nierozerwalną całość. W studyjum naszém zamyślamy czytelnikowi dać obraz lekarski czasów najdawniejszych; nie będzie to jednak historyja medycyny, przedstawiająca początek i rozwój szczegółowy téj nauki, lecz mówić tutaj będziemy jedynie o medycynie na mocy tego, co o niéj lub o lekarzach wypowiedzieli ludzie nauki, lub orzekły same dzieła zajmujące się wszystkiém inném tylko nie medycyną [1]).

O medycynie Egipcyjan aż do najnowszych prawie czasów nie wiele wiedzieliśmy. Dopiero gdy znany egiptolog Ebers, profesor uniwersytetu lipskiego, znalazł przypadkiem tak nazwany „Papyros,“ wiadomości nasze o medycynie egipskiéj nagle się bardzo zwiększyły. Z papyrosa tego wyczytano tysiące rad i środków, jakich używali dawni Egipcyjanie; przekonano się z niego, że medycyna u Egipcyjan wcale nie była tak ubogą w środki lecznicze i sposoby leczenia, jak się to przedtém zdawało; najwięcéj kwitnęła u Egipcyjan medycyna w Heliopolis [2]). Jeżeli Egipcyjanin potrzebował rady lekarza, nie posyłał po niego do domu, lecz do świątyni: tutaj wypytywał się najprzód przełożony świątyni o chorobę samą, wybierał późniéj najzdolniejszego w podobnych chorobach specyjalistę i posyłał go natychmiast do pacyjenta. W chorobach odznaczali się wszyscy egipscy lekarze poświęceniem i ofiarą bez granic, a w leczeniu swém stósować się musieli do staréj książki o medycynie ich Boga Tot-Hermesa. Lekarstwa z najdalszych sprowadzali krańców świata, a honoraryjum nie płacono lekarzom samym, lecz dawano tylko podarki téj świątyni, która lekarza do domu chorego przysłała [3]). O dziwnym przepisie wspomina Aristoteles (*De republica* III, c. 15): „W Egipcie wolno lekarzom leczyć dopiero w czwartym dniu choroby, jeżeli lekarz przedtém chorym się zajmował a pacyjent umarł, to lekarz taki był do odpowiedzialności powoływanym.“ Herodot (II, 77) pisząc o sposobie życia Egipcyjan dodaje przy końcu, że Egipcyjanie trzy razy miesięcznie brali leki odciągające, aby przez to być zdrowymi, ponieważ wszelkie choroby ludzkie zależą jedynie od jakości i ilości potraw. Jeżeli Egipcyjanin zachorował w podróży lub w wojnie, lekarze musieli go leczyć natychmiast i to bezpłatnie; państwo przyznawało im za to rocznie pewną kwotę (*Diodor* l. 82).

Medycyna indyjska mieści się w dwóch wielkich dziełach indyjskich: Susruta (pierwszy raz drukowana 1835 i 1836) i Caraka (drukowana w Kalkucie 1869); dzieła te są dotychczas tak mało znane, a tak ważne, że nie od rzeczy będzie cokolwiek dłużéj się przy nich zatrzymać. W dziele Caraka (Caraka Samhitâ III, 8) opisuje nieznany nam autor, w jaki sposób powinno się zostać lekarzem. Oto wyjątek z tego ustępu [4]):

„Człowiek rozumny chcący być lekarzem powinien zważać przedewszystkiém, czy stosunki, czas i miejsce pobytu pozwalają mu zostać lekarzem; późniéj niechaj się postara o dobrą książkę do nauki, gdyż tylko taka, jak słońce czyste rozpędza ciemności i wszystko rozświeca. Także i o nauczyciela postarać się powinien, aby tenże po przyjacielsku go pouczał, był przytém nie gwałtowny, wytrwały i dla ucznia swego przyjemny; do takiego to nauczyciela powinien się młodzieniec udać i z takim go przywitać szacunkiem, z jakim wita słońce, króla, bóstwo, ojca i brata. Lekarz, który chce być sławnym i mieć praktykę, powinien modlić się za wszystkich, szczególniéj jednakże za brahmanów i za krowę [1]); w ubiorze i innych zewnętrznych rzeczach powinien być skromnym, nie pić wiele i złych unikać towarzystw. Gdy jest u chorego, nie powinien o niczém inném mówić i myśleć jak tylko o chorym i sposobie jak go wyleczyć, o zajściach w domu chorego nie wolno mu nie wypowiadać; żaden lekarz nie powinien się z nauki swéj chełpić, gdyż medycyna to nie tak łatwa nauka.“

Bardzo trafnie charakteryzuje dzieło to lekarzy szarlatanów, posługujących się blagą i zarozumiałością; ludzie tacy są, jak czytamy w dziele tém [2]), prawdziwą plagą społeczeństwa. Znamiona ich są następujące: aby ludzie o nich mówili ubiegają się najpierw o praktykę. usłyszawszy o jakim chorym, biegną natychmiast do niego, polecają swe wiadomości medyczne i chwalą się ze swéj wielkiéj bezinteresowności; zacząwszy pacyjenta leczyć nie opuszczają go na krok. Aby zakryć swą niewiadomość, lub nie mogąc choroby zmniejszyć, twierdzą, że chory nie ma stósownéj pieczy, że niedba o siebie itd; gdy widzą, że stan choroby się pogorsza, opuszczają chorego, a gdy ich kto o pacyjenta zapyta zapierają się nawet, że go leczyli. Spotkania z uczonymi unikają zupełnie tak, jak wędrowiec unika niebezpieczeństwa ciemnego i gęstego boru; przed egzaminami uciekają jak przed śmiercią. Lekarz atoli dobry, uczciwy i uczony był bardzo poważany; Indyjanie tak dalece nawet czcili swych lekarzy, że twierdzili, iż Bogowie przez połączenie ziemi z morzem stworzyli 14 najdroższych rzeczy, do których liczyli także uczonego lekarza. Zważali bardzo na to, aby lekarz był dobrym lekarzem i dobrym chirurgiem: „tylko połączenie medycyny i chirurgii wytwarza rzeczywistego lekarza; lekarz, który jednéj z tych gałęzi nie zna równa się ptakowi bez jednego skrzydła“ (Susruta). O lekarzach tak się wyrażali [3]): w ręku znającego się są lekarstwa ambrozyją, w ręku nieznającego równają się piorunowi, ostrzu pałasza i truciznie.“ A teraz słów kilka jeszcze o zdaniach moralnych w literaturze indyjskiéj. Że indyjskie zdania moralne należą do najlepszych i najpiękniejszych utworów, jakie literatura indyjska wydała, znaną jest rzeczą; są to perełki porozrzucane w dziełach Indyjan a odznaczające się polotem myśli i rozumu. Napotykamy w nich wiele rzeczy tyczących się medycyny, bądźto pośrednio bądźtéż bezpośrednio. Oto kilka takich przykładów:

Gdy się jest chorym, lekarz jest ojcem, gdy się jest wyzdrowieńcem lekarz jest przyjacielem, a gdy choroba ustała, obrońcą zdrowia (I, 165).

Następujący ludzie nie szanują tych, którzy im dawniéj dobrodziejstwa świadczyli: uczniowie nauczycieli, obojętni mężowie swéj żony, ci którzy osiągnęli cel swój, tego, który

---

[1]) f. Sybrandi: *De necessitudine, quae fuit apud veteres inter religionem et medicinam. Amstelod. 1841.* Haeser: *Lehrbuch der Geschichte der Medizin. 3. Aufl. 1876. Jena.*

[2]) f. Lauth. *Augs. Allg. Ztg.* 1875. Nr. 239 dodatek i Ebers: *Rhiem. Bibl.* Woerterbuch 1875, str. 318, 327.

[3]) G. Ebers. *Uarda. Roman aus dem alten Aegypten Bd. 1. cap. 3.*

[4]) Rudolf Roth. *Zeitschrift der deutschen morgenl. Gesellschaft* XXVI 1872, str. 441 sq.

---

[1]) Wynika z tego, że kult krowy był w czasie, gdy dzieło to było pisane, jeszcze rozpowszechniony.

[2]) Caraka (1, 29) tłum. p. Rotha w *Zeitschr. der deutsch. morg. Gesellschaft* XXVI. 1872, str. 452.

[3]) Susruta cf. Haeser: *Lehrbuch der Geschichte der Medicin 3 Aufl. Jena 1876.*

był powodem ich szczęścia, a uzdrowieni chorzy swego lekarza (cf. Boehtlingk. *Sammlung 3 Bd. 1878 sq.*) (3, 408).

Widzimy więc z tego, cośmy dotąd o lekarzach i medycynie indyjskiéj powiedzieli, że u nich postęp i cywilizacyja była znaczną i że jest wiele rzeczy, na które się i dzisiaj zgodzić można. Czyż np. zdanie (Boehtlingk. *Indische Sprache* 1, 187.)

„Kto się pilnie uczył, od wszystkich jest lubiany, szlachetny ma charakter i ładne przymioty, jest lekarzem takim jakim być powinien“ i dziś nie jest prawdziwém?

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Choroby nagminne w Galicyi w ciąg. stycznia 1879.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem 1878 r.	przybyło	z tych: wyzdrowiało	umarło	pozostało w leczeniu: chorych	pozostało w leczeniu: w gminach
Ospa	15	34283	68	261	216	66	47	10
Odra	71	83021	878	2511	2516	305	568	23
Płonica	40	44193	351	736	695	151	241	20
Błonica	79	119648	157	997	596	482	76	30
Dur brzusz.	31	33626	70	573	408	59	176	21
Dur osutkow.	18	22833	104	323	282	32	113	10
Krztusiec	71		897	2436	1683	277	1373	48
Czerwonka	3	2165	10	83	59	12	22	1

Ospa panowała głównie w powiecie bocheńskim, a to w 8 gminach; w Bochni umarło w styczniu 26 osób tj. 17·8%; w Nowym Sączu 7 osób tj. 21·8%, w Gorlicach 12 osób t. j. 41% a w Dzikowie 8 osób tj. 44%. W ogóle zaś śmiertelność z ospy we wszystkich gminach wynosiła 20%, gdyż po wsiach % śmiertelności znacznie był korzystniejszym.

Odra głównie w powiatach rohatyńskim i sądeckim w każdym w 11 gminach; w Drohobyczu zmarło w styczniu 88 osób z odry.

Płonica głównie w przemyskim w 8 gminach i rohatyńskim w 7 gminach.

Błonica ustaje; w ciągu stycznia wygasła w 49 gminach, panowała zaś głównie w borszczowskim w 9 gminach, złoczowskim i doliniańskim po 7 gmin i zaleszczyckim w 4 gminach.

Dur brzuszny głównie w grodeckim i przemyskim w każdym w 4 gminach.

Dur osutkowy w 18 gminach a 14 powiatach rozmaitych.

Krztusiec w grodeckim w 11 gminach.

Czerwonka w trzech gminach.

Lwów 11/2 1879. *Dr. Merunowicz.*

Protokół nadzwyczajnego posiedzenia c. k. krajowéj Rady zdrowia z dnia 7go lutego 1879.

1) Uchwalono jednogłośnie zaproponować, iżby miasta liczące 15 tysięcy mieszkańców i wyżéj, przedkładały Namiestnictu tygodniowe raporta śmiertelności na wzór praskich.

2) Po odczytaniu protokółu komisyi międzynarodowéj wiedeńskiéj, wszystkich rozporządzeń ministeryjalnych i namiestniczych tyczących się dżumy, wreszcie instrukcyi dla komisyj sanitarnych ustanowionych w Szczakowéj, Brodach i Podwołoczyskach i instrukcyi dla urzędów cłowych, po dłuższéj dyskusyi:

a) z uwagi, że wys. ministerstwo rozporządzeniem z dnia 2 b. m. wzbraniając pewne towary bezwarunkowo przywozić z całéj Rosyi, a nie jedynie z gubernij zadżumionych,

b) daléj z uwagi, że podróżni przybywający z głębi Rosyi w razie wzbronionego im wstępu przez główne komory, łatwo bardzo na mocy uzyskanéj przepustki przekroczyć mogą granicę austryjacką na pomniejszych komorach,

c) w końcu mając na względzie tę okoliczność, że przyrzut chorobowy przez dłuższy czas aniżeli przez dni 20 może trzymać się sukien zawartych w kuferkach podróżnych,

uchwalono jednogłośnie:

a) należy rzeczy wszystkich podróżnych przybywających z Rosyi poddawać dokładnéj dezinfekcyi,

b) nie wolno podróżnym przewozić przedmiotów takich, które jako towary w myśl rozporządzenia minister. z dnia 2 bm. do kraju nie mogą być wprowadzane, z wyjątkiem tych rzeczy, które niezbędnie są potrzebne do podróżnego ubrania,

c) należy wezwać Rząd ces. rosyjski, aby przepustki wydawano tylko tym, którzy w obszarze 5 kilometrowym od granicy stale zamieszkują,

d) wys. Rząd poczyni wszelkie kroki przygotowawcze do zamknięcia granicy wojskiem, tak iżby w danym razie w ciągu czterech dni granica mogła być zamkniętą,

e) wreszcie należy wzbronić rosyjskiéj służbie pociągów kolejowych wstępu do ubikacyj dworców austryjackich.

Wreszcie uchwalono odbywać posiedzenia tygodniowe przez czas trwania zarazy w Rosyi.

Na posiedzeniu dnia 9go lutego odczytano przedłożony przez bióro sanitarne namiestnictwa krótki rys objawów chorobowych i przebiegu zarazy morowéj zestawiony według prof. Dra Liebermeistra. *Dr. Merunowicz.*

Lwów, d. 11 lutego (*Korespond. orygin.*). Dnia 7 b. m. odbyła rada zdrowia nadzwyczajne posiedzenie w sprawie zarazy astrachańskiéj. Odczytano protokół międzynarodowéj komisyi w Wiedniu odbytéj i jéj postanowienia. Ponieważ takowe zawarte w 14 ustępach znane są już powszechnie, więc przytoczenie ich uważamy za zbyteczne. Daléj odczytano rozporządzenia ministerstwa spraw wewn. z dnia 1 i 2 lutego bm. wydane na zasadzie ustępu 39 i 10, oraz 4 i 5 uchwał komisyi międzynarodowéj. Różnica, jaka istnieje między rozporządzeniami niemieckiemi i austro-węgierskiemi jest kardynalną w wielu punktach i dlatego na nie zwróciła Rada zdrowia swoją uwagę, uznając niemieckie jako korzystniejsze. Najpierw rozporządzenia pruskie dozwalają wjazdu osobom z Rosyi przybyłym tylko wtedy, jeżli się wykazały potwierdzeniem konsula niemieckiego w ostatnich 3 dniach wydaném, że nieznajdowały się w okręgu zadżumionym, lub o zadżumienie podejrzanym. Wedle rozporządzeń austryjackich podobne potwierdzenie pochodzące od władz rosyjskich wystarcza. Byłoby zatém do życzenia, aby wizy te wystawiane były przez konsulów austryjackich lub niemieckich. (Już się stało; p. niżéj rozporządzenia. *Red.*) Daléj niewłaściwym się wydawał Radzie zdrowia sposób desinfekcyi pakunków podróżnych, która ma być ograniczoną tylko do pakunków osób pochodzących z gubernij zadżumionych bez względu na to, że pakunki te, tak samo nareszcie jak i osoby pozostawały podczas drogi w ściśléj styczności z innemi pakunkami, które dezinfekcyi podlegać nie mają. Nie mniéj wydało się niewłaściwém usunięcie od desinfekcyi sukien osób o dżumę podejrzanych, jakie mają na sobie, przyczém szczególną uwagę zwrócono na futra. Zachodzi także różnica co od czasu trwania desinfekcyi, gdy bowiem i Niemcy i Austryja używają do tego celu kwasu siarkawego, to pierwsze oznaczyły czas działania tegoż na godzin 6, ostatnie tylko na 3. Daléj zwrócono w Radzie zdrowia uwagę na przepustki wydawane w 3 milowym pasie granicznym. Przypuścić bowiem należy, że osoby przybyłe nad granicę z gubernij podejrzanych, chcąc uniknąć nieprzyjemności przy przejściu granicy, postarają się o przepustki, a tym sposobem unikną wszelkiéj kontroli. Nareszcie omawiano jeszcze jednę na pozór małą, ale ważną sprawę: wiadomo, że do pociągu rosyjskiego należy prócz służby pociągowéj i straż graniczna (rodzaj żandarmów), tak że personal pociągowy jest dwa razy większy niż przy naszych pociągach; wiadomo daléj, że służba kolejowa sprowadza z dalekich stron różne przedmioty służące bądź do pożywienia, bądź do ubrania i trudni się albo dostarczaniem tychże z grzeczności, albo przemycaniem. Rzecz odbywa się w ten sposób, że przy zmianie konduktorów, wręcza jeden drugiemu takie effekta, aż dostaną się na miejsce przeznaczenia. Nie jest więc rzeczą wcale niemożebną, że nawet przedmioty wprost z guberni astrachańskiéj pochodzące (kawior i ryby bardzo często), tą drogą dostaną się do stacyj nadgranicznych austryjackich. Służba ta kolejowa nie ulega żadnéj kontroli, udaje się bowiem na stacyi zawsze do lokalów urzędowych rosyjskich, a stamtąd znaleść ją można bezzwłocznie w salach między publicznością i przemytnikami. Nie mniéj ważném zdało się omówienie właściwości granicy austryjacko-rosyjskiéj; nie trzeba na to wcale dużo znajomości stosunków miejscowych, aby nie łudzić

się, że kto i kiedy zechce, granicę tę przejdzie bez paszportu. Wzdłuż całéj Galicyi wschodniéj aż do Sanu idzie ona płaszczyznami, po największéj części lasem albo gaikami, tak że na drodze granicznéj stoją po jednéj stronie słupy austryjackie, po drugiéj rosyjskie. Po stronie rosyjskiéj napotyka się dość często strażnice, po austryjackiéj latami całemi nie ma nikogo. Po jednéj i drugiéj stronie granicy są wioski, po jednéj i drugiéj pasie się bydło; trzeba dobrych znajomości miejscowych, aby jadąc pasem granicznym niebyć mimowoli raz w Austryi drugi raz w Rosyi. Ztąd to pochodzi, że np księgosusz zawsze z Rosyi do nas się dostaje i powstając w Galicyi znaczy linije, przez które przeszło bydło przemycane, w ostatnim czasie np. koło Niska. Wszystkie zatém postanowienia bez kordonu granicznego są tylko złudzeniem, że coś w ogóle się zrobiło. Uwagi te nasunęły się tém bardziéj, że Namiestnictwo przesłało Ministerstwu wniosek, aby w ogłoszeniu 6 ustępu uchwał międzynarodowych ograniczyć ruch towarów na granicy suchéj do stacyj: Skala, Husiatyn, Podwołoczyska, Brody i Bełzce, wzdłuż zaś Wisły i Sanu pozostawić ruch obecny, żeby następnie tylko rzeczy podróżnych podejrzanych poddać desinfekcyi, uwolnić zaś od niéj tych, którzy za przepustką granicę przechodzą, oraz ograniczyć przewóz towarów do obojętnych, jak żelazo, glina, zboża, drzewo, a wykluczyć herbatę; nareszcie ustanowić w 3 miejscach budynki kwarantannowe.

Rada zdrowia w obec tego postanowiła przedłożyć c. k. Namiestnictwu swoje wnioski umotywowane. (Podaliśmy je powyżéj. *Red.*)

* Niemiecki urząd zdrowia podaje następujące szczegóły o powstaniu i szerzeniu się zarazy a s t r a c h a ń s k i é j. Według orzeczeń lekarzy wojskowych rosyjskich, którzy byli na miejscu zarazy, nie ulega wątpliwości, że choroba w mowie będąca jest rzeczywistą zarazą indyjską, znamionującą się bardzo ostrym przebiegiem i powikłaniem z zapaleniem płuc. Wybuchła ona 19 listopada w Wietlance, wsi położonéj na prawym brzegu Wołgi, odległéj 28 mil niem. od Astrachanu, liczącéj 1700 mieszkańców, trudniących się przeważnie rybołowstwem i handlem ryb suszonych. Prawdopodobném jest, że choroba nie powstała samoistnie w téj wsi, lecz że przewleczoną została z północno-zachodniéj Persyi. Tam bowiem, na wyżynie Aderbeidżan, rozciągającéj się od góry Araratu aż na południe od jeziora Szari a od północy graniczącéj z Kaukazem, zaraza po przerwie 28-letniéj wybuchła w r. 1863 a od tego roku aż do r. 1877 cztery razy panowała, a na przemian występowała w dolinie dolnego Eufratu pod Bagdadem Szyici w półn. zachod. Persyi żyjący pielgrzymują często do świątyń w Kerboli i Nedżer nad dolnym Eufratem, oraz mają zwyczaj przesyłania zmarłych swoich do tych miejsc świętych: ztąd związek przyczynowy pomiędzy zarazą bagdadzką a perską, — zwłaszcza jeżeli się uwzględni nad wszelkie pojęcie niedbałe przechowanie i przewożenie zwłok. Jak dalece srożyła się zaraza w Aderbeidżanie, o tém żadnego wyobrażenia mieć nie można, ponieważ mieszkańcy tameczni obawiając się odosobnienia nie przypuścili rządowéj komisyi lekarskiéj, wysłanéj do nich celem sprawdzenia epidemii. W lutym 1877 r. zaraza dotarła do prowincyi Ghilen nad jeziorem Kaspijskiém, zwłaszcza do głównego miasta Reszt. Między miastem tém a guberniją astrachańską istnieje morzem żywy ruch handlowy, a przemycanie herbaty i jedwabiu główną odgrywa rolę. Nic dziwnego, że już w maju 1877 r. w południowéj części gubernii astrachańskiéj pojawiły się pierwsze przypadki choroby, atoli z przebiegiem względnie dobrym; w jednym przypadku podano nawet za przyczynę choroby zetknięcie się ze skórami perskiemi. I w Wietlance pierwsze przypadki były łagodne; gdy jednak pod koniec listopada i na początku grudnia nastała pora mglista i wilgotna i ciepłota + 2 do + 14° R., choroba wybuchła na dobre a przebieg jéj okazał się bardzo ostrym i złośliwym. Prawie wszyscy chorzy umarli, a miało ich być blisko 300, a gdy pozostali pouciekali w rozmaite okolice, niebawem choroba w równém nasileniu wystąpiła w Nikolskoje, Udacznoje, Michailowsku, Staryckoje, tak że z początkiem stycznia ustanowiono kordon, który obejmował 19 miejscowości. Również otoczono kordonem od strony miejsc zapowietrzonych miasto Carycyn, odległe o 16 mil niemieckich od ogniska zarazy, a nader ważne z powodu, że w niém kończy się sieć kolei żelaznych rosyjskich; kordon ten na północy rozpoczyna się w Srednie-Progromnoje na lewym brzegu Wołgi, ciągnie się do Werchnego i Średnie-Achtubinskoje, przekracza Wołgę pod Sareptą, kwitnącą osadą niemiecką, i kończy się w Ostradnoje; późniéj kordon ten i od strony północno-zachodniéj zamknięty został. Począwszy od 24 grudnia śród wzrastającego mrozu epidemija zmniejszała się, tak że w miesiącu styczniu ze wszystkich miejsc kordonem ograniczonych tylko w Selitrenoje jeszcze świeże przypadki się zdarzały; natomiast od 28 stycznia pojawiły się przypadki zarazy po za kordonem w miejscowości Kensalicaja, gdzie następnie zastósowano także środki odpowiednie. Domy nawiedzone zarazą mają być spalone na koszt państwa. Po za guberniją astrachańską dotąd w żadnéj innéj gubernii nie było przypadku zarazy; wiadomości o wybuchu zarazy w bliskości Moskwy nie potwierdzają się.

Podczas gdy organ urzędowy zdrowotny państwa niemieckiego jeszcze w d. 10 bm. przypuszcza jeszcze, że epidemija, która wybuchła w pobliżu Saloniki nad morzem egiejskiém, jest tylko durem plamistym, podczas gdy władza sanitarna w Konstantynopolu stanowczo twierdzi, że epidemija ta jest durem powikłanym z dymienicami, sam rząd niemiecki w ostatnich dniach na mocy sprawozdań konsularnych nabył, jak się zdaje, przekonania, że nad morzem egiejskiém istotnie wybuchła dżuma; zdanie to podzielają i państwa nad morzem śródziemném położone, skoro kwarantanna morska już we wszystkich przystaniach została zaprowadzoną, a kilkanaście osób przybyłych na parostatku z okolic Saloniki do Tryjestu, zamkniętych już zostało w zakładzie kontumacyjnym, a prof. higijeny F o d o r w Budapeszcie umyślnie wysłany został przez rząd celem zlustrowania zakładu istniejącego oddawna w porcie węgierskim w Rjece.

Wiadomą jest rzeczą, że ze stanowiska teoretycznego wartość kordonów i kwarantan lądowych jest więcéj niż wątpliwą. Żadną miarą atoli nie zgadzamy się na zdanie tygodnika londyńskiego *The Lancet*, które posądza rząd niemiecki, austro węgierski, rosyjski i rumuński o formalne obłąkanie, ponieważ przystępują do ustanowienia kwarantan lądowych i kordonów. Mniemamy przeciwnie, że środki te, jeżeli się rozciągają do małego obszaru, mogą być bardzo korzystne, a zabiegliwość rządu celem uchronienia ludności od klęski w każdym razie zasługuje na uznanie największe. Państwa najbardziéj interesowane zaprowadziły przymus państwowy dla osób z Rosyi przyjeżdżających, a na głównych stacyjach wjazdowych urządziły ekspozytury sanitarno-policyjne. Co się tyczy naszych granic, zapisujemy następujące rozporządzenie:

1) R o z p o r z ą d z e n i e m i n i s t e r s t w a s p r a w w e w n ę t r z n y c h z dnia 9 lutego 1879 r. mocą którego wydane zostają dalsze rozporządzenia względem przejścia granicy państwa przez podróżujących z Rosyi.

Dodatkowo do rozporządzenia ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 2 lutego 1879 r. L. 18 D. p. p, zawierającego warunki, pod jakiemi podróżnym z Rosyi wolno przekroczyć granicę monarchii, wydaje się po porozumieniu z c. i k. ministerstwem spraw zagranicznych i król. węg. rządem następujące dalsze polecenia: Żądane w powołaném wyżéj rozporządzeniu poświadczenie o niepodejrzanym pobycie właściciela paszportu w ciągu ostatnich dni 20, zaopatrzone być musi potwierdzeniem c. i k. ambasady w Petersburgu, lub c. i k. władzy konsularnéj w Rosyi. C. i k. reprezentacyje w Rosyi są również upoważnione dodawać to poświadczenie na paszportach. W celu uzyskania tego poświadczenia lub potwierdzenia ze strony wspomnianych reprezentacyj, należy złożyć wiarogodny dowód co do żądanego niepodejrzanego pobytu. Rozporządzenie niniejsze co do upoważnienia udzielonego c. i k. reprezentacyjom do wydawania poświadczeń wchodzi w życie natychmiast, zresztą zaś w ośm dni po ogłoszeniu.

Auersperg w. r.

2) Rozporządzenie Prezydyjum Namiestnictwa z d. 9 lutego 1878 r. w przedmiocie ograniczenia ruchu osób na rogatce Radziwiłłowskiéj w Brodach i ubocznéj komorze clowéj w Podwołoczyskach.

Niniejszém zarządza się aż do dalszego postanowienia ograniczenie przejazdu osób z Rosyi przez rogatkę Radziwiłłowską w Brodach tudzież przez uboczną komorę cłową w Podwołoczyskach w sposób następujący: Przejazd i przejście przez rogatkę Radziwiłłowską w Brodach jak i przez uboczną komorę cłową w Podwołoczyskach dozwolone są tylko ludności pogranicznéj, przekraczającéj granicę dla spraw codziennych, a zaopatrzonéj

w przepustki wystawione przez naczelnika dotyczącéj władzy politycznéj. Przejazd, względnie przekroczenie granicy w powyższych dwóch stacyjach wchodowych wzbronione jest bezwzględnie wszystkim innym osobom. Rozporządzenie to wchodzi w życie z dniem 12 bm.

Wreszcie znajdujemy w urzędowéj *Gazecie Lwowskiéj* następującą wiadomość:

Jak się dowiadujemy, wchodzą z dniem 12 bm. w życie trzy sanitarno-policyjne ekspozytury na granicy galicyjskiéj od Rosyi a mianowicie w Brodach, Podwołoczyskach i Szczakowéj. Ekspozytury te składać się będą z wyznaczonego ku temu lekarza i z komisarza policyi. Zadaniem tych ekspozytur będzie: przestrzegać ścisłego wykonania zarządzeń c. k. ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 2 lutego. Do czynności tych ekspozytur należeć tedy będzie oprócz rewizyi paszportów celem sprawdzenia, czy podróżny nie przybywa z miejsc dotkniętych epidemiją, także obserwacyja stanu zdrowia przejezdnych w ogóle, nie przepuszczanie przez granicę takich osób, których paszporta nieodpowiadają warunkom przepisanym przez powyższe rozporządzenie ministeryjalne, tudzież takich podróżnych, których stan zdrowia wyda się podejrzany, daléj nadzorowanie dezinfekcyi efektów podróżnych i w końcu zasięganie informacyj o stosunkach zdrowotnych w okolicach, z których przybywają podróżni.

W wykonaniu tego rozporządzenia mianowani zostali egzaminowani fizycy: Dr. Pawlas lekarzem w Szczakowéj. Dr. Rojecki w Brodach, a Dr. Górski w Podwołoczyskach; wszyscy trzéj znajdują się już na swoich posadach.

Komisyja lekarska międzynarodowa zebrała się w d. 9 bm. w Warszawie; d. 10 przedstawiła się gubernatorowi hr. Kotzebue, a 11go w południe wyjechała koleją do Moskwy, zkąd uda się do Carycyna, gdzie połączy się z delegatami innych państw i zwiedzi miejsca zarazą nawiedzone. Z depeszy pierwszéj, którą protomedyk Biesiadecki wysłał z Warszawy do Wiednia do ministra spraw wewn. dowiadujemy się, że w Warszawie otrzymano dobre wiadomości o stanie choroby w gub. astrachańskiéj; rząd rosyjski obecnie bardzo energicznie zabiera się do dzieła; na czas panowania epidemii jenerałowi Loris-Melikowowi poruczona została naczelna władza w Astrachanie. Może uda się jeszcze zlokalizować zarazę, zachodzi tylko obawa, aby ze zbliżającą się wiosną nie wybuchła silniéj.

Statystyka epidemij. Z ospy umarło w Londynie w z. tygodniu więcéj 28 osób, w szpitalach pozostaje ospowatych 324, zachorowało 51 osób, w z. tygodniu 75. Złagodniała ospa w Wiedniu, 11 przypadków śmierci, w Budapeszcie 15, w Paryżu 8, w Barcelonie 7, w Genewie nieco więcéj 3, w Warszawie 12, w Dublinie 21, w Petersburgu 58. Z Pragi, Odessy, Lizbony donoszą o kilku przypadkach śmierci z ospy. Płonica nie zmieniła się w Liwerpolu i Birminghamie. W Petersburgu zaszło mniéj przypadków śmierci z duru plamistego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 5 (od 26 stycznia do 1 lutego włącznie) umarło w Krakowie osób 32; męż. 17 kob. 15; w obwodach osób 14, w szpitalach 20; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 29,5. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 3 osoby: z płonicy 1, z dławca 2. Doniesiono w tymże tygodniu ze szpitalów: o 1 przypadku zapalenia opon mózgordzeniowych (z Kazimierza L. 17), o 1 przypadku duru osutkowego (z ogrzewalni), o 1 przypadku duru brzusznego (z ul. Krakowskiéj L. 68), o 2 przypadkach dławca i o 1 przypadku płonicy. Z miasta doniesiono o 1 przypadku płonicy (w ul. Karmelickiéj L. 45) i 1 przypadku duru brzusznego (w ul. Wolskiéj w domu rogatkowym). *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** d. 13 lutego. W niedzielę d. 9 bm. liczne grono kolegów i przyjaciół witało i żegnało w tutejszym dworcu kolei żelaznéj przejeżdżającego do Warszawy protomedyka Biesiadeckiego. W Warszawie protomedyk przyjęty został z wielką serdecznością. W poniedziałak Towarzystwo lekarskie warszawskie podejmowało go ucztą w hotelu angielskim, na którą zaprosiło delegatów niemieckich i austro-węgierskich. Około 100 lekarzy zebrało się na uczczenie gości; pierwszy toast wychylił prof. Hoyer na cześć komisyi międzynarodowéj, poczém prof. Hirsch pił na pomyślność warszawskiego tow. lekarskiego. Zdrowie Biesiadeckiego pił prof. Szokalski, poczém pierwszy odpowiedział co następuje: „Szanowni koledzy i łaskawi panowie! Powołany przez mój rząd do wyjazdu w miejsca zadżumione, przyjąłem obowiązek ten bez wahania i z wielką chęcią. Cofnąć się tu nie wolno, ofiara wszelka łatwą jest, gdy jéj wymaga kraj i nauka. Jadę więc, choć jedna tylko towarzyszy mi trwoga, nie przed dżumą wszakże. Oto boję się tylko, że wiedzą mą tu nie podołam, iż dla nauki może nie dość zdziałam. Więc nie rezultat lecz chęci uwzględnić chciejcie, zachowując w pamięci wiernego wam kolegę. Żegnajcie!" Dr. Lubelski wypowiedział toast równocześnie po polsku i po niemiecku, daléj Dr. Natanson, Dobrski (po niemiecku), Mayzel, Benni (po francusku), wreszcie Rózsahegyi po węgiersku i łacinie. Wieczorem komisyja była na balu u hr. Kotzebuego a następnego dnia wyjechała do Moskwy.

Że wszystkie czasopisma polskie wyrażają się z nadzwyczajną sympatyją dla Biesiadeckiego, nie dziwi nas wcale; ale z prawdziwém zadowoleniem zapisać nam przychodzi sąd o nim, pochodzący ze strony zazwyczaj dla nas wcale nieprzyjaznéj. Otóż w korespondencyi z Berlina umieszczonéj w Nowéj Presie z d. 10 bm. znajdujemy następujący ustęp: „Niemniéj za szczęśliwy, jak wybór Dra Hirscha, poczytują tu wybór uskuteczniony przez rząd austryjacki w osobie Dra Biesiadeckiego we Lwowie. Jest on jeszcze młody i liczy około 35 lat. Ludzie zawodowi, którzy go znają, opisują Biesiadeckiego, który przed kilkunastu laty był asystentem Rokitańskiego, jako młodego uczonego, który bardzo się odznacza na polu patologii, anatomii patologicznéj, a szczególniéj w badaniu mikroskopowém, a zarazem jako człowieka łagodnego i pełnego poświęcenia i odwagi, któréj w zawodzie swoim nieraz dawał dowody. Oby nam dzielni ci mężowie powrócili szczęśliwie po spełnieniu swéj misyi." Korespondent myli się tylko co do wieku protomedyka; w istocie liczy on lat niespełna 40 (urodzony 12 marca 1839).

* Rada miasta Krakowa na posiedzeniu swém z d. 11 bm. przyjęła wniosek komisyi sanitarnéj, przedstawiony przez prof. Korczyńskiego, względem umieszczenia w budżecie kwoty 500 zła. na badanie sanitarno-chemiczne. Co do sposobu rozporządzenia tym funduszem, sekcyja Vta ma przedłożyć wnioski swoje pod zatwierdzenie Rady.

* Magistrat tutejszy rozesłał nareszcie lekarzom i akuszerkom dodatek do §. 3 instrukcyi dla akuszerek, ustanowiony roporządzeniem min. spraw wewn. z dnia 23 październ. 1878 r. do L. 10381.

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. Kosiński w Warszawie otrzymał rangę rzeczywistego radcy stanu. — Dr. Ernest Fleischl, asystent i docent wydziału lek. we Wiedniu otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa z powodu zasług położonych dla wystawy austryjackiéj w Paryżu.

* **Nekrologija** W Kłodawie na Litwie umarł d. 27 stycznia rb. Dr. Adam Pienkiewicz, lekarz i poeta licząc lat 66. — W Petersburgu umarł znany zaszczytnie prof. Jakubowicz a w Paryżu nagle z apopleksyi prof Chauffard. — W Gracu umarł prof. uniw. Dr. Henryk Glax w 72 roku życia. — D. 10 bm. † w Tarnowie Dr. Julijan Władysław Dalkiewicz, przeżywszy lat 41. Rodem z Poznańskiego, zbiegiem przypadków dostał się do Paryża, gdzie dokończył nauk lekarskich i uzyskał stopień doktora, poczém powrócił do kraju, a otrzymawszy i w Krakowie stopień akademicki osiadł jako lekarz praktyczny w Tarnowie.

* **Konkurs.** Ministerstwo wojny oznajmia, że dla marynarki wojennej potrzebni są lekarze. Doktorowie medycyny i chirurgii, obywatele monarchii austro-węgierskiéj, stanu wolnego, nie mający więcéj aniżeli 30 lat, zdrowi i władający językiem niemieckim, otrzymają posałę prow. lekarzy korwetowych z roczną płacą 900 zła. i dodatkiem odpowiadającym 10éj klasie dyjet; po roku służby próbnéj mianowanie rzeczywistymi lekarzami korwet. Podania do 15 marca rb. stósować można do sekcyi marynarki w minist. wojny we Wiedniu.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 6. Wyrzykowskiego: Trzy wypadki zapalenia epidemicznego osłon mózgowo-rdzeniowych; Mendelssohna: Spostrzeżenia lekarskie w Algieryi (c. d.); Zieleniewskiego: O ruchu i rozwoju c. k. zakładu zdrojo-

wego w Krynicy (c. d.): — *w Medycynie* Nr. 6: **Daszkiewicza:** O zwyrodnieniu i odrodzeniu się nerwów przeciętych (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dra A. SOKOŁOWSKIEGO (w Görbersdorfie). O niektórych ważnych powikłaniach suchot płucnych I. Krwotok i krwioplucie. (Odbitka z *Medycyny* Nr 43 — 46 z r. 1878) in 8vo str. 17.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 19 lutego o godz. 5téj posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) Wniesioném będzie podanie Komisyi balneologicznéj przeciw jednemu z członków, dotyczące niewłaściwego postępowania podpadającego pod §. 45 ustawy T. l. 2) Przedstawioną zostanie sprawa zawiązania Komisyi stałéj lekarsko-sądowéj. 3) Kol. Browicz okaże i opisze potwór bliźniaczy. 4) Kol. Buszek poda wiadomość o przypadku otrucia za pomocą chloroformu. Sprawa wymieniona pod Nr. 1 wymaga podług ustawy, obecności większéj połowy członków czynnych, dlatego uprasza się kolegów o jak najliczniejsze zgromadzenie się.

Na rzecz funduszu dla wdów i sierot po lekarzach złożyli w Redakcyi koll. Kremer, E. Majewski, N. N. i Dr. S. Kozłowski po 5 zł.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. K. w Dzikowie: Artykuł otrzymaliśmy i umieścimy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 22 lutego 1879. № 8. Rok XVIII.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych docenta Dra Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza.

O leczeniu gośćcowego zapalenia stawów za pomocą amonijaku.

podał Dr. Tytus Wasylewski.

Z pomiędzy leków stósowanych w gośćcowém zapaleniu stawów najwięcéj dotąd zyskały wziętości kwas salicylowy i salicylan sodowy, następnie alkalia żrące, t. j. rozczyn amonijaku lub ługu potasowego. O skuteczności kwasu salicylowego zapewne już każdy lekarz potrafił sobie wyrobić własny sąd, tak z naocznych spostrzeżeń jakoteż opierając się na licznych sprawozdaniach, któremi rzec można przepełnione były w ostatnich latach różne czasopisma lekarskie, (porówn. Virchow et Hirsch, *Jahresberichte XII. Jahrgang 1877)*, z których okazuje się, że kwasowi salicylowemu nie można odmówić pomyślnego wpływu na przebieg gośćcowego zapalenia stawów, że w niektórych przypadkach choroba ta ustąpiła przy stósownem podawaniu kwasu salicylowego nawet w kilku dniach, że go jednak nie można uważać za lek swoisty w zapaleniu stawów.

Sprawozdanie Dra Reisza w Kopenhadze z leczonych kwasem salicylowym w przeciągu 2 ostatnich lat 88 przypadków zapalenia stawów (sprawozdanie w *Deutsche medic. Wochenschrift 1879 Nr. 1)* zasługuje na szczególniejszą uwagę, ponieważ autor podając nam liczebnie wyniki leczenia tychże przypadków porównywa je zarazem z 134 przypadkami leczonemi środkami „dawniéj używanemi“.

W szpitalu św. Łazarza podawał docent Dr. Pareński chorym na oddziale z powodu gośćcowego zapalenia stawów przebywającym z różnym skutkiem prawie wszystkie środki, które w ostatnich latach dla osobliwéj skuteczności w têm cierpieniu zalecano. W poważnéj liczbie przypadków, choć nie z takim świetnym skutkiem jak to powszechnie zachwalają, podawano kwas salicylowy i salicylan sodowy, z nie lepszym skutkiem octan sodowy i to w sporych dawkach, a w ostatnich dwu latach prawie wyłącznie, bo z małym tylko wyjątkiem, rozczyn amonijaku.

O leku tym używanym z bardzo dobrym skutkiem w gośćcowém zapaleniu stawów podał jeżeli się nie mylę pierwszą wiadomość Dr. Heller w Wiedniu (*Wiener medic. Presse* Nr. 46 z r. 1875 tudzież Nr 6 z r. 1877). Nie zdarzyło mi się czytać żadnego innego sprawozdania z doświadczeń nad tym lekiem w wspomnianéj chorobie, a ponieważ wyniki leczenia amonijakiem żrącym, jakie otrzymał docent Dr. Pareński na swoim oddziale u chorych z gośćcowém zapaleniem stawów, o wiele były i są lepszemi od wyników, jakie otrzymano przy innym sposobie leczenia przeto zamierzam podać je w krótkości do wiadomości publicznéj, a zarazem porównać je, o ile się to da, z wynikami, jakie otrzymał Dr. Reisz w swoich 88 przypadkach leczonych kwasem salicylowym, według sprawozdania, o którém wyżéj była mowa.

W dwu ubiegłych latach leczono na oddziale chorób wewnętrznych w szpitalu św. Łazarza 77 chorych na gośćcowe zapalenie stawów, t. j. 40 mężczyzn a 37 kobiet. Byli to przeważnie ludzie młodzi między 20—30tym rokiem życia, kilka tylko przypadków choroby mieliśmy u ludzi wyżéj 40go roku życia, a ci dotknięci byli zapaleniem przyostrém lub chroniczném; chorzy ci wcale nie należeli do najbiedniéjszéj warstwy ludności, w najgorszych warunkach życia znajdującéj się, i tak: z kobiet były przeważnie służące, z mężczyzn woźnice, kelnerzy, różni rzemieślnicy, którzy za przyczynę cierpienia podawali prawie bez wyjątku albo tak zw. przeciąg powietrza, albo też wilgoć w mieszkaniu. Z ogólnéj liczby 77 podawano amonijak 63 chorym i to w dawce po 6 kropli dziennie, a przepisywano go zwykle w następującéj mięszance:

Rp. Mucilag. gummi arab. Syrup. cort. aurant: aa 20·00, Amon. pur. liq. recent. guttas sex.
S. Co 2 godz. po łyżeczce.

albo Aq. foeniculi 70·00 Syrup. simpl. 10·00, Amon. pur. liq. rec. guttas sex.
S. Co 2 godz. po łyżce;

w ostatniéj formie podawany amonijak lepiéj chorym smakował i chętniéj go zażywali.

Zanadto przekroczyłbym rozmiary zamierzonego sprawozdania, gdybym chciał podać wpływ tego sposobu leczenia na przebieg każdego przypadku z osobna, dlatego ograniczę się tylko do podania liczb przeciętnych, obliczonych z czasu trwania gorączki i trwania choroby z małém uwzględnieniem bolesności i obrzęku stawów chorych, do procentowego przedstawienia powikłań z chorobami serca, tudzież powrotów choroby, które to przypady uchodzą za najważniejsze w przebiegu gośćcowego zapalenia stawów; a ponieważ liczby najlepiéj przekonywają, sądzę, że nie trudno będzie szan. czytelnikom z niżéj podanych obliczeń ocenić wartość leczniczą amonijaku we wspomnianéj chorobie.

Z pomiędzy 63 chorych amonijakiem leczonych były 34 przypadki z gorączką połączone, a 29 bez gorączki, bez względu na to, czy chorzy ci w domu gorączkowali. U 34 chorych gorączkujących wynosił czas trwania gorączki średnio obliczony 6·90 dni, nasilenie gorączki było różne, najwyższa ciepłota jaką spostrzeżono dosięgła 40·5° C; czas trwania choroby w ten sam sposób obliczony wynosił u gorączkujących 31·32 dni, u niegorączkujących 20·70 dni, czyli ogółem 26·01 dni, uważając za czas trwania gorączki jedynie czas trwania téjże u chorego w szpitalu obserwowany, a czas trwania choroby licząc od dnia przybycia chorego do szpitala aż do opuszczenia tegoż po wyzdrowieniu. Niewyleczonych opuściło zakład z ogólnéj liczby 63, czterech chorych na własne żądanie, tym podawano amonijak, kwas salicylowy, octan sodowy, jodek potasu, stósowano kąpiele, mniéj więcéj wszystkie te środki z jednakowym nie wielkim skutkiem.

Umarła jedna chora, u któréj już po ustąpieniu gorączki i w okresie polepszenia powstały na nowo dreszcze, silna gorączka i wszystkie objawy wybitne ostréj gruźlicy prosówkowéj.

Na 63 chorych tylko w 5 przypadkach przy tym sposobie leczenia wykazać się dały powikłania z chorobami serca, a mianowicie w dwóch przypadkach zapalenie osierdzia, w dwóch zapalenie śródsierdzia i osierdzia, w jednym niedomykalność zastawki dwukończystéj, co stanowi 7·9 na 100; trzech chorych przybyło na oddział z już rozwiniętém powikłaniem.

Z chorych wyleczonych wróciło po niedługim czasie na oddział pięciu z powodu powrotu choroby, co stanowi również 7·9%, albo odtrąciwszy owych czterech niewyleczonych otrzymamy 8·47 na 100.

Trudniéj nieco choćby w przybliżeniu ocenić wpływ, jaki lek ten wywiérał na ból i obrzęk stawów; wprawdzie w niektórych sprawozdaniach podano z podziwienia godną dokładnością obliczony czas trwania bólu i obrzęku w stawach, licząc go na dnie a nawet na godziny. Z historyj chorób, jakiemi rozporządzałem, a nawet i z naocznych spostrzeżeń nie mogłem w żaden sposób tak dokładnie ocenić wpływu, o którym mowa, bo w iluż to przypadkach ból i obrzęk, który ustąpił z jednego lub kilku stawów, pojawił się po kilku czasem dniach w tych samych lub innych stawach, albo téż ustąpił z reszty stawów, zajmując uporczywie jeden. Tego tylko mogłem nabrać przekonania, że w chwili ustąpienia gorączki ból i obrzęk znacznie się zmniejszał, a w niektórych przypadkach zupełnie ustąpił, że ból i obrzęk prawie bez wyjątku chodzą z sobą w parze, że wreszcie były przypadki, w których uporczywa bolesność i przy podawaniu amonijaku nie ustępowała. Zestawiwszy razem wyżéj podane liczby i porównawszy je z liczbami przez D.a Reisza podanemi otrzymamy następującą tabliczkę:

Leczenie	Ilość chorych	Czas trwania gorączki przeciętnie	Czas trwania choroby przeciętnie	Powikłania z chorobami serca na 100	Recydywy na 100
amoniakiem w szpitalu św. Łazarza	63	6·90	26·01	7·90%	8·47%
kw. salicylowym według Reisza	88	6·22	35·82	12.5%	24%

Z tabliczki téj widzimy, że leczenie kwasem salicylowym pomyślniéjszy nieco wydaje skutek tylko pod względem czasu trwania gorączki, zresztą wszystkie inne liczby przemawiają za amonijakiem, pomijając owych czterech niewyleczonych, którym również i kwas salicylowy bez skutku podawano. Największa różnica zachodzi w częstości powrotów choroby, czemu się tak bardzo dziwić nie można, bo już sam Dr. Reisz w powyższém sprawozdaniu zwrócił na tę okoliczność uwagę, podając, że przy leczeniu zapalenia stawów kwasem salicylowym powroty choroby daleko częściéj się zdarzają, niż przy każdym innym dawniejszym sposobie leczenia, bo gdy przy dawniejszym sposobie leczenia na 134 przypadków wykazał tylko 8 razy wrócenie się choroby, czyli 6%, to przy leczeniu kwasem salicylowym na 88 przypadków 21 razy czyli 24%. Na korzyść amonijaku to jeszcze dodać należy, że kwas salicylowy wywiera pomyślne skutki tylko w sporych dawkach do kilku gramów na dobę dochodzących, które w każdym razie nie pozostają bez szkodliwego wpływu na ustrój, a zwłaszcza na przewód pokarmowy.

Spotkać mnie może zarzut, że podając w niniejszém sprawozdaniu czas trwania gorączki i choroby, nie uwzględniłem właściwego początku choroby, a więc czasu trwania téjże w danym przypadku przed przybyciem chorego do szpitala: ten sam zarzut spotkał także Strickera (rocznik Virchowa i Hirscha z r. 1877. str. 273) z powodu jego sprawozdania: *Die Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus mit Salicylsäurepræparaten, Deutsche milit. Zeitschrift Heft 1—16, 1877*). Nie wiem po czyjéj stronie słuszność, ale zdaje mi się, że mając ocenić wartość leczniczą środka na podstawie dni leczenia, nie można brać w rachubę dni chorobowych bez leczenia ubiegłych, bo na nie lek nasz wpływu nie miał, zwłaszcza że gośćcowe zapalenie stawów nie jest chorobą typową, jak np. zapalenie płuc lub durzyca plamista, któréj czas trwania zwykle jest stałym.

II. Zarośnięcie pochwy zupełne, wrodzone nieistnienie ujścia macicznego.

Opisał **Antoni Lachowicz**,
Doktór medycyny i chirurgii.

(Dokończenie. Patrz Nr. 7.)

Co do pierwszego zagadnienia rozbiorę takowe szczegółowiéj, gdyż doświadczenie dozwala nam więcéj faktów porównać ze sobą.

Przypadek przezemnie opisany dowodzi, (jeżeliby nowego dowodu była jeszcze potrzeba), że należy operować dziewczęta dorosłe, które urodziły się z pochwą całkiem zrośniętą, nawet wtedy, gdyby pochwa w całej rozciągłości zupełnie była zarośnięta tkanką włóknistą i gdyby można było przewidzieć, że brakuje ujścia macicznego. Kilka operacyj nieszczęśliwych, ogłoszonych od czasów de Haena, nie usprawiedliwiają wcale potępienia, wygłoszonego przez Boyera i dziwi mnie bardzo, że gdy w akademii lekarskiéj paryskiéj p. Capuron zdawał sprawę z przypadku operacyi opisanéj przez Dra Manoury (de Chartres) śmiercią zakończonéj, bardzo słabo tylko zaprotestowano przeciw słowom sprawozdawcy „że raczéj należy pozostawić takie dziewczęta na łaskę losu, niż kompromitować chirurgiję przez rękoczyn bezskuteczny i bezwzględnię śmiertelny“ (posiedz. z dnia 3 września 1839 r.). Orzeczenie to w danym przypadku tém bardziéj było przesadzoném, że u choréj Manourego dolna tylko część pochwy była zarośniętą, a górna była wolną. To pesymistyczne zdanie akademii paryskiéj długo przeważało gdyż w kilka lat późniéj nie przyjęto do odczytania i dyskusyi przypadku Dra Debrou z Orleanu operacyi dokonanéj z pomyślnym skutkiem. W tém miejscu wspomnę, że chirurgowie, mianowicie dawniejsi, nadużywają nazwy: brak pochwy *(absentia vaginae)*, tak np. Manoury, dwaj lekarze belgijscy Bal i Kluyskens itd. Wada ta jest bardzo rzadką, i co do mnie, znam tylko jeden taki przypadek, wspomniany powyżéj i operowany przez Amussata. We wszystkich innych znanych mi przypadkach pochwa była zajętą, zarośniętą przez włóknistą tkankę, która stanowiła mniéj lub więcéj grubą warstwę, na mniejszéj lub większéj przestrzeni. Powinniśmy rozróżniać i nazywać przypadki, w których błona dziewicza nie ma wcale otworu, zamknięciem wejścia do pochwy, tam, gdzie tkanka włóknista wypełnia pochwę częściowo lub całkowicie, niedrożnością pochwy zupełną lub niezupełną, a pozostawić nazwę braku pochwy, tylko dla tych nader rzadkich przypadków, w których męcherz i odbytnica bezpośrednio ze sobą się stykają bez przegrody włóknistéj, między niemi istniejącéj. To rozróżnienie ma swoją praktyczną wartość, gdyż trudność techniczna rękoczynu i niebezpieczeństwo dla życia pacyjentki zwiększają się stopniowo poczynając od pierwszéj aż do ostatniéj kategoryi.

Nie mniéj jednak operacyja, nawet w dwóch ostatnich wadach konformacyi, uwieńczoną bywa pomyślnym skutkiem a chirurg nie może pozostawać bezczynnym w obec takich przypadków. Należy tylko wyczekiwać wieku dojrzałości, i téj chwili, w któréj przy nagromadzaniu się coraz większém krwi miesięcznéj w macicy pacyjentce pozostaje tylko do wyboru albo śmierć prawie pewna, jeżeli nie pospieszymy z pomocą, albo operacyja, niezaprzeczenie ważna, ale która pomyślnie zakończyć się może, jak tego liczne mamy przykłady. Niebezpieczeństwo zagrażające życiu choréj, wynikające z bezczynności chirurga, powinno być jedyną wskazówką do działania. Dlatego chętnie podzielam zdanie tych, którzy ganią Stoltza, iż przedsięwziął operacyję zrobienia pochwy drożnéj u osoby zamężnéj, niemającéj macicy, a zatém niedoświadczającéj żadnych przypadów z zatrzymania krwi miesięcznéj, a to li tylko w celu, aby umożliwić spółkowanie; nie należy nigdy zapominać, że podobna operacyja kończyła się często śmiercią, nawet wykonana przez chirurgów bardzo zdolnych. Z tego samego tytułu nazwę igraszką niebezpieczną wyżéj wspomniane dwie operacyje, wykonane jedna przez Rokitańskiego młodszego, a druga przez Bergera w Czegledzie i obiedwie opisane w *Wiener med. Presse* z roku przeszłego. Lecz ani jeden głos nie powstał przeciw tym rękoczynom, naukowo nieuzasadnionym i żadną naglącą potrzebą nieusprawiedliwionym; widocznie zdania chirurgów się zmieniły, tempora mutantur.

Jeżeli przy mechaniczném zatrzymaniu regularności mamy się zdecydować na rękoczyn, to zdaniem mojém, ważną dla usunięcia wątpliwości co do naszego działania jest obecność guza podługowatego, nieco ruchomego, oddzielonego od macicy i umieszczonego z boku tejże. Spostrzegłszy takowy u mojéj choréj uważałem go za jajnik lub jajowód krwią wypełniony i obawiałem się zwlekać dłużéj, ażeby guz ten nie otworzył się do jamy otrzewny. Amussat opisuje takie zdarzenie u jednéj ze swoich pacyjentek; guz rozpoznany przez niego za jajowód otworzył się do odbytnicy i tą drogą wylała się wielka ilość krwi, podobnéj do krwi, wyprowadzonéj przez operacyję z macicy. Ale któż może zaręczyć, że guz taki otworzy się raczéj do odbytnicy niż do otrzewny? Chirurg powinien guz taki brać w rachubę, i jeżeli do czasu pojawienia się takowego zwlekał operacyję, za pojawieniem się onego bezzwłocznie powinien operacyję wykonać.

Nie tylko przeciw usiłowaniom zrobienia pochwy drożnéj podnosiły się głosy, ale ganiono również śmiałość w przekłóciu macicy zamkniętéj dla odprowadzenia krwi nagromadzonéj, uznając rękoczyn za niedobry i niebezpieczny. Sabatier (Dupuytren T. II. p. 555) pisze, jakoby Dupuytren miał powiedzieć, że odprowadzenie krwi miesiączkowéj nagromadzonéj prawie zawsze sprowadza zapalenie przyostre macicy, już to przez nagłe zapadnięcie się ścian tejże, już w skutek przystępu powietrza, któremu drogę do jamy macicy utorowano, i że zapalenie to występuje nieraz tak groźnie, że pacyjentki w kilka dni umierają. Beguin w *Nouveaux Eléments de Chirurgie* powtarza toż samo (T. I, p. 445. Pigné również przytacza słowa sławnego chirurga w Hôtel-Dieu, pisząc: „kilkakrotnie wyprowadzałem krew miesiączkową zamkniętą w macicy: lecz odtąd na zawsze wyrzekłem się podobnéj operacyi i wolę chorą pozostawić bez pomocy, żeby zmarła z czasem śmiercią powolną, niż przy mojéj pomocy nagle i niezawodnie z powodu zapalenia macicy, które występuje tém gwałtowniéj, im bardziéj macica była powiększoną.“

Przyznaję, iż nie pojmuję takiego wyroku potępienia, i żałować należy, że Dupuytren nauki swojéj sam nie ogłosił: bądź jak bądź musiał Dupuytren natrafiać na same nieszczęśliwe przypadki, jeżeli zdania jemu przypisywane nie są przesadzone, bo mniéj zręczni chirurgowie nie zauważyli tych niebezpieczeństw po przekłóciu lub przecięciu macicy w celu wyprowadzenia krwi w niéj nagromadzonéj. I w istocie samo przekłócie macicy bez operacyi pochwy zarośniętéj nie sprowadza tak groźnych następstw. Widoczném to jest i w przypadku moim, gdy mi powtórnie przychodziło przecinać macicę. Również pomyślnie bez żadnych groźnych przypadłości wykonywali ten rękoczyn i inni chirurgowie np. Barré *(Arch. gén. de Médecine* T. XX, p. 530), Hervez de Chégoin *(Acad. de Médec., seance* dn. 23 w r. 1829), Wattmann, Delpech i inni.

Tak więc otworu zrobionego w macicy powiększonéj przez zatrzymaną w jéj jamie krew miesiączkową nie można nazwać rękoczynem niebezpiecznym; a zdanie Dupuytrena odnieść chyba musimy do tych przypadków, w których zarazem i pochwa nie była drożną; w tych zaś przypadkach całe niebezpieczeństwo rękoczynu zapisać musimy na karb téj ostatniéj operacyi.

Nie mam zamiaru opisywać wszystkiego, co jest znaném pod względem wykonania operacyi drożności pochwy, chcę tylko kilku słowami wspomnieć o potrzebie, która zaszła w moim przypadku, powtórnego przekłócia macicy; konieczność ta była powodem niepowodzenia dla mnie, gdyż inni operatorowie nie znajdowali się w téj konieczności.

Nasuwa się tu zaraz myśl, że ponieważ otwór przezemnie zrobiony zamknął się, przeto albo go nie dość starannie podtrzymywałem przez rozszerzanie, albo że nie zastósowałem się do sposobu postępowania przez innych chirurgów używanego.

Nie chcę usprawiedliwiać mojego niepowodzenia, chcę tylko porównać mój przypadek ze sposobami postępowania innych. W tym celu należy mi usunąć tutaj te przypadki, w których przecięcie macicy zamkniętéj było robione po zapłodnieniu u kobiet brzemiennych, w celu umożliwienia porodu, gdyż u tych sam akt porodu wystarczał, ażeby otwór zrobiony nie zamknął się powtórnie. Zastanawiając się tylko nad temi przypadkami, w których otwór w macicy był robiony w celu wyprowadzenia krwi miesiączkowéj, odróżnić znowu muszę te, w których pochwa była prawidłowo drożną od tych, w których pochwa była niedrożną, już to całkowicie, już w części lub gdzie był brak zupełny pochwy.

Zobaczmy teraz, jak długo pozostawiano ciało obce w ranie, i jakim sposobem robiono otwór w macicy? W przypadkach drożności pochwy operatorowie w celu zapobieżenia zrośnięciu się zrobionego otworu umieszczali w tym otworze ciało obce i pozostawiali takowe na miejscu krócéj lub dłużéj. Hervez de Chégoin użył zrazu sondy elastycznéj, lecz już trzeciego dnia włożył zgłębnik męcherzowy kobiecy i pozostawił takowy na miejscu prawie dwa miesiące. Barré wprowadził sondę elastyczną dość grubą na dwa tygodnie, z przerwami atoli, z powodu silnych bólów, jakie chora uczuwała. Delpech nie pozostawił w zrobionym otworze żadnego obcego ciała, niemniéj atoli rana w macicy została otwartą i miesiączka swobodnie odpływała w dwóch następujących po sobie peryjodach, poczém zdaje się nie widział więcéj swéj operowanéj. Wattmann po przekłóciu macicy wprowadził w otwór i pozostawił tamże rurkę ołowianą, podobną do podwójnego guzika, używanego przez Dupuytrena po operacyi żabki. Jak długo, niewiadomo.

W przypadkach pochwy niedrożnéj Willaume używał do utrzymania otworu w macicy zrobionego flejtuszka ze skubanki. Nie wspomina jak długo, lecz powiada, że po miesiącu pacyjentka była zupełnie zdrową, co nasuwa myśl, że wówczas już nie wkładano więcéj skubanki. Amussat wkładał sondy stopniowo coraz grubsze przez 44 dni. W ciągu tego czasu kilkakrotne zachodziły przerwy z powodu zapalenia otrzewny. Desgranges wkładał tylko skubankę w zrobioną pochwę, a zdaje się nie w otwór maciczny. Lecz jego chora nie miała pochwy niedrożnéj od urodzenia, tylko zrosty w pochwie i zrośnięcie się ujścia macicznego w skutek przebytéj kiły. Bal włożył i pozostawił w otworze sondę elastyczną, na jak długo, niewiadomo. Kluyskens wkładał od czasu do czasu rurkę z gumy elastycznéj, i wyleczenie było zupełném po upływie pięciu tygodni po operacyi a zatém wnoszę, że dłużéj nic nie wkładano do otworu. W moim przypadku używałem zrazu skubanki, następnie sondy elastycznéj Nr. 8 przez 34 dni, z małemi przerwami ku ostatkowi.

Narzędziem użytém do zrobienia otworu był najczęściéj trójgraniec, laryngotom lub coś podobnego. Amussat, Kluyskens i ja użyliśmy nożyka, rozszerzając po przekłóciu otwór znacznie na boki, tak że koniec wskaziciela można było wprowadzić do jamy macicy.

Z zestawienia powyższych przypadków widocznem jest, że dla ostatecznego celu, to jest dla utrzymania należycie otwartym otworu w macicy zrobionego obojętném jest, czy użyjemy trójgrańca, lub też nożyka, byleby średnica otworu była dostateczną, jakoteż że ciała obcego nie potrzeba utrzymywać w ranie dłużéj nad 3—4 tygodni, gdyż we wszystkich powyższych przypadkach, z wyjątkiem mojego, otwór zrobiony goił się i pozostał otwartym; nawet Barré pozostawił ciało obce w ranie tylko przez 2 tygodnie, a Desgranges i Delpech wcale nie używali ciała obcego do utrzymania zrobionego w macicy otworu.

A zatém ani w sposobie operowania, ani w opatrunku nie należy szukać przyczyny mego niepowodzenia. Przyczyną była trudność w utrzymaniu otworu macicznego w głębi pochwy sztucznie utworzonéj, która, mianowicie w swéj górnéj części, dąży do zwężania się. Największą zatém uwagę zwracać należy na wymiary pochwy, która powinna być prawidłowo szeroką; jest to punkt bardzo ważny, ważniejszy od utrzymywania otwartém przez ciało obce ujścia macicznego. Wydaje mi się to tak ważném, że gdybym miał drugi przypadek podobny, starałbym się po wypróżnieniu krwi miesiączkowéj w macicy zebranéj zwrócić całą uwagę na rozszerzanie pochwy, a gdyby ta miała w całéj rozciągłości należyte wymiary, a otwór maciczny zamknął się, nie wahałbym się w razie potrzeby zrobić powtórne przekłócie macicy, będąc pewnym, że przy wymiarach pochwy prawidłowych ta powtórna operacyja nie byłaby dla choréj niebezpieczną, i że wtedy otwór w macicy zrobiony z łatwością dałby się należycie utrzymać.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Duterhoff: O wpływie kiły na przebieg skaleczeń podczas wojny.

Autor doszedł na podstawie badań krytycznych do następujących ważnych wniosków pod względem wpływu jaki kiła wywiera na przebieg ran postrzałowych i skaleczeń odniesionych podczas wojny:

Ustawiczne drażnienie ran, sińce powstałe po uderzeniach mogą w okresie zaraźliwym kiły stać się przyczyną powstania w tych miejscach zmian kiłowych, szczególniéj kłykcin, które jednak nie wywierają wpływu bardzo szkodliwego na przebieg gojenia się ran. W okresie kiły pierwotnym mogą rany znajdujące się w pobliżu stwardniałości pierwotnéj zagoić się *per primam intentionem*. Przyspieszona odnowa pierwiastków podczas ciężkich skaleczeń sprzyja utajeniu się kiły; skoro jednak sprawa zabliźnienia jest na ukończeniu, a wymiana pierwiastków przybiera charakter więcéj prawidłowy, może kiła się znów pojawić w miejscu skaleczenia lub na innych częściach ciała. Kiła znajdująca się w okresie utajonym, zwłaszcza późnym, nie stawia wcale tamy gojeniu się ran *per primam* po operacyjach chirurgicznych. Objawy kiły późnéj nie sprzyjają gojeniu się ran, jeżeli jednak po odpowiedniém leczeniu ustąpią, goją się rany w sposób całkiem prawidłowy. Kiła zajmująca układ kostny sprzyja złamaniom kości; po większéj części złamania takie lub zdruzgotania kości skutkiem postrzałów goją się

w sposób prawidłowy; przypadki niepomyślne należy kłaść na karb zmian kiłowych w utkaniu kostném lub charłactwa kiłowego. W przypadkach kiły zastarzałéj, szczególniéj zaś w razie zmian kiłowych w kościach i wycieńczenia ustroju, sprowadzają niekiedy skaleczenia właściwy rodzaj zgorzeli, którą usunąć można za pomocą odpowiedniego leczenia przeciwkiłowego. Nie jest wcale udowodnioném, że kiła usposabia do krwotoków; kiła zakażająca cały ustrój nie pozostaje w razie skaleczenia w ścisłym związku z ropnicą. (*Archiv f. klin. Chir.* Tom 22, str. 367, 901). *Obt.*

IV. Medycyna, lekarze i ich stanowisko w społeczeństwie narodów najdawniejszych.

(Dokończenie. Patrz Nr. 7.)

Przechodzimy do Chińczyków. Cóż o ich medycynie, o ich lekarzach powiedzieć? Śmiało możnaby tutaj próżną zostawić kartę, aniby się nic nie straciło, ani zyskało. „*Nunquam prorsum*“ jest Chińczyków dewizą. To co Chińczycy 2000 lat przed Chr. o medycynie wiedzieli, to samo wiedzą i dzisiaj; nic się nie zmieniło, wszystko zostało nienaruszone. Każde słowo wypowiedziane w starych chińskich prawach o medycynie przez cesarza Chuan-di uważają Chińczycy za *verba sacrosancta*; biada temu, któryby się odważył chcieć tylko myśleć o tém, aby plan leczenia dawniejszego zmienić i zastosować do nowszych zdobyczy na polu naukowém. Podczas gdy każde inne zatrudnienie w Chinach do osobnéj należy kasty, medycyna przez długi czas była nauką wolną (?), mogącą być przez każdego wykonywaną. Kto chciał leczyć, mógł śmiało być przytem żołnierzem, malarzem itd. Dopiero od mniéj więcéj 200 lat urządzone zostało w Chinach kolegijum lekarskie, które także i lekarzom otwiera przystęp do urzędów państwowych; głównie jednak wywiera kolegijum wpływ swój na tych lekarzy, którzy są przy dworze lub u wysokich i dostojnych osobistości. Lekarze dworu dzielą się na takich, którzy się jedynie chorobami zewnętrznemi, wewnętrznemi, kobiecemi, dziecięcemi, chorobami ócz, zębów i wyrzutów skórnych zajmują. Lekarzem praktycznym κατ' ἐξοχήν może być każdy chiński chłop, umiejący cokolwiek czytać i rachować. Zachoruje Chińczyk, to każe przywołać sobie zaraz lekarza (?) i z nim to dopiero zaczyna dysputować o swojéj chorobie; jeżeli lekarz tego samego jest zdania co pacyjent, już *eo ipso* uważany jest za dobrego i znającego się na rzeczy. Położników czyli akuszerów nie znają Chińczycy, bo wszystkie w zakres ten wchodzące rzeczy robią kobiety [1]). Przy końcu dodajemy kilka uwag i rad lekarskich Chińczyków:

— Wasze lekarstwa są tak dobre, jak pomoc boska [2]).

— Najlepszém prawem poznania choroby jest rozpoznawanie pulsu, puls lewéj ręki oznacza choroby serca, wątroby i nerek, puls prawéj choroby płuc, śledziony i wątroby (!) [3]).

— I najlepszy lekarz nie może zgubionego ocalić życia.

— Środek na ból zębów: rozgniata się główkę czosnku, dodaje do tego część białéj mąki smocéj [4]) i tym to proszkiem naciera się chory ząb. Po kilku minutach ząb chory wypada.

[1]) *Arbeiten der kais. russ. Gesandschaft ueber China 1858 II. 124 sq.*

[2]) Scarborough. *Collection of Chin. proverbs.* Shanghai 1875. Nr. 1602.

[3]) Z notatek chińskich przez dawniejszego misyjonarza Bellon w Lilong.

[4]) W każdéj chińskiéj aptece można prawdziwéj i czystéj dostać (?!)

Nieprawdaż, że przepisy dobre?

O medycynie babylońskiéj nie wiele pozostało nam wiadomości. Jedyny Herodot opisuje nam sposób leczenia u Babylończyków. „Wyprowadzają oni swych chorych na miejsca publiczne i tutaj musi każdy z przechodzących zapytać chorego, na co jest chory; jeżeli pytający sam podobną przeszedł chorobę, w takim razie udzielić powinien choremu lekarstwa tego, jakiego on ze skutkiem używał“.

Medycyna Hebrejczyków od dawien dawna nie że zbyt wielkim zapałem była pielęgnowaną. Lekarz nazywał się rofe od słowa oznaczającego zmniejszenie bolów i cierpień, był on i tutaj zarazem księdzem. Trupa wolno im było krajać, chociaż wiadomą jest rzeczą, że dotykanie umarłego uważano u Hebrejczyków za rzecz niegodną, zakazaną. Lekarz Theudas zdawał sprawę o kościach ludzkich, a Rabi Samuel robił sekcyję na ciele kobiety, która w ogniu życie swe straciła [1]). Jeszcze przed nar. Chr. rozszerzyło się między żydami mniemanie, jakoby grzechem było przy chorobach wzywać lekarzy, modlitwa miała być jedynie w takim razie na miejscu. Powoływali się oni na kilka miejsc z pisma św. jak np.: „Ja Pan jestem twoim lekarzem“ (Exod. 15. 26.), lub gdy ganią króla Judy Asę, o którym mówi Pismo św. „w swéj chorobie szukał pomocy nie u Boga, lecz u lekarzy“ (2 Kron. 16. 22.). Przeciw fałszywemu temu zdaniu wystąpiła szkoła rabiego Ismaela (130 p. Chr.), dowodząc że słowa: „On go ma leczyć“ (Exod. 21. 19.) oznaczają wyraźnie, że lekarzowi dozwoloném jest leczyć. Żydzi jednakże nie dowierzali bardzo lekarzom i biada temu doktorowi, który sam zachorował. „Lekarzu! pomóż sam sobie“ [2]) wołali wtenczas. W ogóle żydzi nie byli zbyt łaskawi na lekarzy, a najlepszym tego dowodem jest miejsce: [3])

Najlepszy z lekarzy przyjdzie do piekieł, lub
Ty tak radzisz lekarzu, jakby same Bogi,
A nie możesz wyleczyć sam swéj chroméj nogi [4]).

U Arabów, których medycyna dawniéj na bardzo wysokim stała stopniu [5]), obecnie wiara w gusła w różnych chorobach jest na porządku dziennym. Lekarza nazywają hakim [6]), oprócz hakîmów mają także swe Bobali, tj. wolne murzynki, posiadające małą włość w bliskości miasta i utrzymujące się z czarów i guseł: mianowicie klasy biedniejsze w chorobie tylko do nich się udają, mając do lekarzy rzeczywistych pewną wrodzoną odrazę. Lekarka taka twierdzi, że chorobę wywołują złe duchy. Ubrana bywa dziwacznie i jaskrawo, czerwona lub żółta zarzutka i fez złocisty, oto jéj całe ubranie. Przybywszy do domu chorego rzuca przy wstępie proszek piżmowy w ogień na znak, że duch choroby wkrótce się ukaże; zaczyna teraz biegać po całym pokoju wśród krzyku, pisku i różnych gestykulacyj: nagle stawa, rzuca się na ziemię i uderza kilka razy głową o podłogę, ma to być oznaką, że duch choroby zawitał do domu tego. Wszyscy w pokoju obecni przybliżają się do Bobali całując jéj szaty na znak czci i poważania ducha. Zapytuje się teraz towarzyszkę murzynkę o powód choroby, a ta jéj dowodzi, że pacyjentka zaziębiła się przy studni, lub że wylała

[1]) Delitsch: *Riehms Handwoerterb. des bibl. Alterthums* 1875, str. 89 sq.

[2]) Midrasch rabba (200—700 p. Chr.) do Genes 4. 23-25. Midrasch jelamdenu (800 p. Chr.) do Numer. 8,6.

[3]) Thalmud (220-500 p. Chr.) Tract. Kiduschin 82a.

[4]) Thalm. Beresch r. po niemiecku przez Sachsa.

[5]) Najsławniejszy z lekarzy arabskich był Avicenna (Ibn Sina) „Scheich el Reis“ (książe lekarzy) 980 — 1037 p. Chr. Skaliger (1484 — 1558) stawia go wyżéj nawet od Galena.

[6]) Ebers. *Mein Grab in Theben. Nord und Sued IV. 10 Januar 1878, str. 35 sq.*

gorącą wodę albo pluła z okna, zapominając przytém wołać „Destuhr“ (z pomocą Boga wolna). Po wszystkich tych formalnościach kładzie lekarka rozpalone węgle w garnek, dosypuje do tego cokolwiek cukru a rozsypując to wszystko po izbie woła: „Osłodziłam Ci usta Twoje, daj mi moje zdrowie“, przytém przyrzeka chora duchowi cokolwiek czerwonego cukru i kilka srebrnych pieniążków [1]). Lecz i w inny jeszcze sposób leczą Arabowie swych chorych. Tobler [2]) opisuje nam jeden z takich sposobów leczenia, którego on sam był świadkiem. Gdy wszedłem — tak pisze — do pokoju chorego Araba, zastałem tamże dwoje ludzi: jeden z nich szech siedział przy chorym, drugi rozniecał ogień przy kominku. Szech miał na sobie torbę skurzaną, w której były wyjątki z koranu. Wziąwszy ołówek do ręki zaczął na czole chorego pisać różne znaki i słowa, później to samo robił z żoną chorego, która klęcząc patrzeć przytém musiała w naczynie miedziane. — Co widzisz? zapytał się szech? — ptaka.— a jakiego jest koloru? — czarnego. Szech wziął wtedy kawałek czarnego papieru, napisał na nim kilka wyjątków z koranu i przyłożył to na głowę chorego. Towarzysz jego wyciskał tymczasem sok z winogron, którego jedną część czarownik sam wypił, a drugą mniejszą dał choremu; czary te trwały mniéj więcéj sześć godzin.

Smutek dziwny ogarnia człowieka, gdy czyta o podobnych gusłach tego narodu, którego medycyna dawniéj tak wysoko stała, a dzisiaj przez zaniedbanie nauk niczém innėm nie jest, jak konglomeratem bezrozumu i zabobonu. Naród mówi Bacon, co zaniedbał nauki, jest posągiem Polifema z wyklutém okiem, któremu właśnie na tém zbywa, co naturę i przymioty osoby szczególniéj rozpoznawać dozwala.

(Rozprawka niniejsza opracowaną została według dziełka: *Stammbuch des Arztes. Stuttgart, W. Spemann.*) *Sw.*

[1]) Kutzner. *Geogr. Bilder 1858, I, 152 sp.*

[2]) *Beitrag zur medicin. Topogr. von Jerusalem 1875, str. 8 sq.*

Otrzymaliśmy od Tow. lekarskiego do zamieszczenia następujące oswiadczenie kol. Dra Zieleniewskiego:

Sprostowanie.

Czyniąc zadość wezwaniu szanownego Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, przyznaję niniejszém, iż w broszurze przezemnie pod tytułem: **O ruchu i rozwoju c. k. zakładu zdrojowego w Krynicy.** (s. 68), w. r. 1879 wydanéj, znajdują się niektóre ustępy mylne i z prawdą niezgodne; a mianowicie:

1. Ustęp na str. 13 w odsyłaczu. „Co do ilości węglanu „żelazawego, zdrój krynicki od zdroju żegiestowskiego raczéj „na swą korzyść się wyróżnia, gdyż zdrój krynicki w 1 „funcie wody zawiera węglanu żelazawego . . . . 0,305180, „zdrój zaś żegiestowski w 1 funcie posiada „węglanu żelazawego . . . . 0,303774. „Oba wspomnione zdroje rozbierane były przez jednego i tego „samego analityka A. Aleksandrowicza, co tém mocniéj za „dokładnością ich rozbioru chemicznego przemawia. Zupełnie „przeto dowolném i na niczém nieopartém jest mniemanie „(niestety mylnie, a tendencyjnie rozpowszechniane), jakoby „zdrój główny krynicki mniéj miał zawierać żelaza, aniżeli „zdrój żegiestowski; albowiem cyfry błędnego mniemania nie „tylko nie stwierdzają, ale widocznie na korzyść Krynicy „świadczą.“ W ustępie tym mylnie podano skład chemiczny wody krynickiéj i wody żegiestowskiéj; rzeczywiście podług rozbioru p. Aleksandrowicza woda żegiestowska zawiera w 1 funcie węglanu żelazawego . . 0,303405, woda krynicka zaś . . . . 0,221290; zatém woda żegiestowska zawiera w 1 funcie węglanu żelazawego więcéj o 0,082206.

2. Ustęp na str. 28 w odsyłaczu „w Przeglądzie Lekar- „skim (T. 17 r. 1878, Nr. 22 z dnia 11 czerwca), podano „wiadomość z Żegiestowa o świeżo wprowadzonym tamże „sposobie napełniania tamtejszych wód mineralnych, mającym „rdzennie i statecznie zapobiegać i ochraniać rzeczone wody „od rozkładu co do ich dwuwęglanu żelazawego, sposobu „mającego swą donioslością i praktycznością przewyższać „wszelkie dotychczas znane metody napełniania wód żelezi- „stych, a zatém dającego szczawom żegiestowskim eksporto- „wanym palmę pierwszeństwa nad powinowatemi im wodami.“ Ustęp wspomniany w oryginale brzmi całkiem odmiennie. W artykule nadesłanym przez Dra Szczepańskiego z Żegiestowa jest mowa o zrobionéj w Żegiestowie próbie napełniania wody za pomocą przyrządu igiełkowego. Po opisaniu tego sposobu Dr. S. dodaje: „w ten sposób niema ani śladu powietrza we flaszce, i woda od kilku tygodni napełniona nieokazała ani śladu wodanu żelazawego. To doświadczenie nie tylko stwierdza przekonanie, że tlen powietrza atmosferycznego wywołuje rozkład żelaza, ale nadto nadaje szczawie żegiestowskiéj używanéj w leczeniu po za zdrojem nie pospolitą wartość leczniczą.“ W końcu redakcyja z swéj strony dodaje „Sposób powyższy napełniania wody żegiestowskiéj zdaje się rokować wielką przyszłość dla napełniania szczaw żelezistych w ogóle“ a daléj „Woda żegiestowska w sposób powyższy napełniona i przedstawiona kom. baln. na posiedzeniu w dniu 22 maja rb. oddaną została do ocenienia prof. Dr. Olszewskiemu, który zapewne wkrótce zdanie swe pod tym względem komisyi baln. przedłoży“.

3. W dalszym ciągu tegoż samego ustępu, zamieszczonego w odsyłaczu na str. 28 i 29 powiedziano: „pomimo fa- „ktycznego przez zdrojowisko żegiestowskie posiadania ma- „chiny Hechta, Żegiestów aż do r. 1878 rozsyłał swe wody „zupełnie dekomponowane, co potwierdza naoczne przekona- „nie znawców a nawet profanów“, a daléj dowodząc że sposób obecnie używany wcale żadnego pożytku nie przynosi, dodaje: „Skoro zatém nowy sposób napełniania wód w Że- „giestowie obecnie zaprowadzony przystępu powietrza atmo- „sferycznego nie usuwa, bo usuwać nie może, czyliż można „a priori przypuszczać, aby rzeczony sposób był skutecznym „do konserwacyi szczawy żegiestowskiéj, po za jéj zdrojem „z flaszek używanéj.“ Z tego zatém wynikałoby, że i obecnie jak dawniéj woda żegiestowska w handel rozsyłana jest zupełnie rozłożoną; w rzeczywistości atoli podług badań chemików woda żegiestowska we flaszkach rozsyłana wcale nie ustępuje co do dobroci wodzie krynickiéj.

Powyższe sprostowanie podaję na wezwanie szanownego Towarzystwa lekarskiego, które w ten sposób zadość czyni życzeniu Komisyi balneologicznéj, biorącéj w obronę swego członka p. Z. Medweckiego, właściciela Żegiestowa, oraz zdrojowisko będące jego własnością.

Kraków d. 16 lutego 1879 r. *Dr. Zieleniewski.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Zaraza astrachańska** mimo odwilży nie zwiększa się, jak się zdaje. Pominąwszy całkiem uspokajające depesze urzędowe, pocieszającą jest okoliczność, że choroba nie pojawia się po

za guberniją astrachańską, a wszystkie wiadomości przeciwne okazały się mylnemi. Nawet epidemija na wybrzeżu morza egiejskiego, która przez rząd pruski uznaną została niemal urzędownie za dżumę, okazała się być durem plamistym, a władza nadmorska w Tryjeście zniosła nawet kwarantannę dla okrętów z portów morza egiejskiego przybywających, ustanowioną pod pierwszém wrażeniem wiadomości o pojawieniu się tamże dżumy. Nie potwierdzają się także doniesienia, jakoby Finkelnburg miał ponownie przybyć do Wiednia, celem wzięcia udziału w dalszych naradach lekarskich. Natomiast komisyja lekarska międzynarodowa bardzo wolnym krokiem zdąża do Carycyna, a przecież ztamtąd jako ostatniéj stacyi kolejnéj ma dopiero rozpocząć się żmudna jazda do okolic zadżumionych. Bawi ona do téj chwili w Moskwie, gdzie właściwie nic niema do czynienia, prócz przedstawienia się władzom. Podobno wysłańcy rządu angielskiego już są na miejscu i może oni pierwéj nas objaśnią o stanie rzeczy.

Rosyjski minister spraw wewnętrznych wydał polecenie drogom żelaznym, na mocy którego winny one zważać, iżby transporta ryb, kawioru itp. nadchodzące z Carycyna i Astrachanu, były zaopatrzone w świadectwa komisyi sanitarnéj kwalifikujące je do przewozu. Nadto po dojściu transportu do miejsca przeznaczenia winien on być powtórnie zrewidowany przez lekarzy przy asystencyi policyi. Opakowanie ma być spaloném. Polecenie to na wszystkich drogach żelaznych natychmiast wprowadzone w życie zostaje.

Lwów, d. 14 lutego. *(Korespond. orygin.)* Rząd niemiecki zażądał był od rządu rosyjskiego, aby listy pochodzące z gubernij zarazą dotkniętych lub podejrzanych, oddawane były na komorach i pocztach granicznych w osobnym pakiecie. Zdarzyło się, czy przez nieostrożność, czy też przez przypadek, że 11 listów takich do Niemiec przeznaczonych znalazło się w przesyłce pocztowéj rosyjskiéj w Podwołoczyskach oddanéj. Zwróciło to uwagę władzy pocztowéj i w skutek tego zwołano wczoraj nadzwyczajne posiedzenie Rady zdrowia, celem podania sposobu dezinfekcyi listów. Próby robione za pomocą kwasu octowego, siarki, chloru i bromu, wykazały, że kwas octowy i chlor niszczą pismo anilinowe, że siarka nie zupełnie odpowiada celowi, i że brom, pomimo niezrównanych zalet, mianowicie szybkiego ulatniania się, nie niszczenia pisma (chociaż papier przybiera barwę żółtawo-czerwoną), również nie jest odpowiedni z powodu własności trujących. Rada zdrowia orzekła więc, że najkorzystniejszą jest dezinfekcyja przez poddanie listów działaniu ciepłoty 100—120° C.; dopóki zaś niema przyrządów potrzebnych proponował użycie do dezinfekcyi mięszaniny dawniéj używanéj, a mianowicie: $^1/_4$ siarki, $^1/_4$ saletry i $^1/_2$ otrąb pszennych, których na 1 metr sześć. użyć należy 50 gramów. Pakiety grubsze należy otwierać, cienkie przekłówać szpilkami; listy wszystkie należy poddawać działaniu mięszaniny powyższéj przez 3 godziny, a następnie działaniu powietrza przez dalsze 3 godziny. Nareszcie postanowiono prosić Prezydyjum namiestnictwa o postaranie się w drodze właściwéj, aby urzędy pocztowe rosyjskie listy z gubernij podejrzanych oddawały urzędom austryjackim w pakietach osobnych, dokładnie oznaczonych.

Kraków d. 17 lutego. Komisyja sanitarna odbyła d. 15 bm. pod przewodnictwem Dra Warschauera posiedzenie, na którém: 1) Dr. Buszek podał wiadomość o śmiertelności i chorobliwości w miesiącu styczniu br.; śmiertelność w tymże miesiącu obliczona na rok i 1000 wynosiła 32,3, do czego przyczyniła się najwięcéj niska śmiertelność dzieci do 5 roku życia. Najwięcéj umarło z chorób narządu oddechowego 34,8% i z chorób zakaźnych 15,8%. Częstsze bywały przypadki śmierci z duru, róży i ropnicy. Sporadycznie pojawiał się dławiec i płonica; 2) Delegowano do komisyi mającéj oznaczyć miejsce dla wylewania nieczystości kloacznych Drów Kazimierza Grabowskiego i Buszka. 3) Wybrano do ułożenia instrukcyi dla rozbiorów chemicznych policyjno-lekarskich Drów Julijana Grabowskiego i Korczyńskiego; 4) Wybrano do komisyi mającéj ułożyć instrukcyję dla służby cmentarnéj adjunkta sąd. Bartynowskiego i Drów Janikowskiego i Mohra; 5) Ref. Wyrobisz podał do wiadomości przepisy dotyczące dżumy wydane przez ministerstwo i namiestnictwo. Uchwalono na wniosek Drów Korczyńskiego i Lutostańskiego: *a)* aby magistrat wezwał komisarzów obwodowych do czujnego pilnowania domów pod względem porządku i czystości, *b)* aby magistrat polecił jak najrychléj oczyścić z błota i śmieci place publiczne i zaułki, *c)* aby magistrat wezwał właścicieli domów zajezdnych do przestrzegania jak najskrupulatniejszego porządku i czystości, *d)* aby magistrat przywrócił przymusowe czyszczenie kloak i śluz w domach prywatnych przez służbę miejską, *e)* aby magistrat przedstawił Namiestnictwu potrzebę zaprowadzenia ekspozytur lekarskich na komorach: Cło, Szyce, Michałowice i Baran, a przynajmniéj aby ruch osobowy na tych komorach ograniczono w takim stopniu, jak w Brodach i Podwołoczyskach, *f)* aby magistrat przedstawił Radzie miejskiéj konieczną potrzebę jak najspieszniejszego sprawienia maszyny pneumatycznéj do czyszczenia kloak, *g)* aby komisyja sanitarna odbywała co tydzień posiedzenia, dopóki zagraża dżuma; 6) Uchwalono na wniosek weter. Pacuły, aby magistrat zakazał klasztorom chowania trzody chlewnéj w obrębie zabudowań klasztornych; 7) Ustanowiono komitet dżumowy ze służby zdrowotnéj i miejskiéj i Drów Kaź. Grabowskiego, Korczyńskiego i Lutostańskiego; 8) Wybrano do śledzenia przyczyn pojawiania się częstszego duru w ul. Grodzkiéj pod L. 113 i na Stradomiu pod L. 4. Drów Buszka i Tuszyńskiego; 9) Wybrano do przejrzenia statutu komisyi sanitarnéj Drów Grabowskiego i Korczyńskiego; 10) Uchwalono wnioski Drów Janikowskiego, Lutostańskiego, Obalińskiego i Tuszyńskiego, odnoszące się do środków przeciwko dżumie przydzielić komitetowi dżumowemu; 11) Dr. Warschauer zapytał się, dlaczego zmarła 7 bm. starozakonna została pochowaną przed upływem 24 godzin, chociaż nie umarła z choroby zakaźnéj; 12) Dr. Korczyński wytyka niedbałość lekarzy pod względem donoszenia o chorobach zakaźnych i przyrzeka sprawę tak ważną dla epidemiologii miasta naszego poruszyć w Tow. lekarskiém. *J. B.*

Statystyka epidemij. Z ospy umarło w Londynie w tym tygodniu mniéj (17 osób), w szpitalach pozostaje ospowatych 317, zachorowało 70 osób, (czyli o 19 osób więcéj, niż poprzedniego tygodnia). Wzmogła się ospa w Wiedniu (umarło 17 osób), w Barcelonie 9, w Dublinie 22, w Budapeszcie (nieco mniéj) 13, w Paryżu 7, w Petersburgu 43. O kilku przypadkach śmierci donoszą z Pragi, Tryjestu, Genewy, Warszawy, Lizbony. W Berlinie częstsze bywały przypadki śmierci z duru osutkowego i z krztuśca.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 6 (od 2 — 8 lutego włącznie) umarło w Krakowie osób 32; męż. 14 i kob. 18; w obwodach osób 14, w szpitalach 20; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 29,5. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 4 osoby: 2 z płonicy, 1 z dławca, 1 z duru brzusznego. Od 9 do 15 lutego doniesiono ze szpitalów i klinik: o 2 przyp. duru brzusznego (z końskiego targowiska od Hanzlika), o 3 przyp. duru osutkowego (z Pędzichowa L. 166 i L. niewiadoma, ze Stradomia L. 4); o 1 przypadku płonicy (z Podgórza), o 1 przypad. krztuśca (z Krakowa), o 2 przyp. błonicy (z Raciborowic i ze szpitala św. Ludwika), o 3 przyp. róży, o 1 przypadku zimnicy (z ul. Szczepańskiéj); z miasta o 1 przyp. ospianki (z ul. Starowiślnéj L. 78), o 1 przyp. dławca (z ul. Krupniczéj L. 18) i o 1 przyp. róży (z ul. Zwierzynieckiéj L. 35). *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 19 lutego. Pod nieobecność protomedyka Dra Biesiadeckiego zastępuje go w biórze sanitarném w Namiestnictwie Dr. Ferdynand Cassina, c. k. lekarz powiatowy w Przemyślu, który do niedawna i przez długi czas pełnił obowiązki koncepisty sanitarnego w Namiestnictwie.

* W skutek katastrofy w kopalniach w Dux zatamowane zostało główne źródło w Cieplicach czeskich. Geologowie wysłani na miejsce przez rząd twierdzą, że woda zwróciła się ze wschodu na zachód i spodziewają się powrotu źródła i wytrysku jego do dawnéj wysokości, gdy szyb w kopalniach aż do wierzchu zostanie zalany. W każdym razie nietylko mieszkańcy Cieplic, ale i chorzy pozostają w wielkiéj obawie; Cesarz niemiecki nawet ofiarował gotowość wysłania znawców celem uratowania źródła.

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. Billroth w Wiedniu otrzymał order szwedzki gwiazdy północnéj 2 kl. i turecki Medżidziego 3 kl.; prof. Gustaw Braun w Wiedniu krzyż oficerski orderu belgijskiego Leopolda, a Dr. Janowsky, docent pryw. w Pradze czeskiéj, order serbski Takowy 4 kl.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowani zostali lekarzami rezerwy: Dr. Ludwik Kozubski w Krakowie i Dr. Leon Kossak we Lwowie.

* **Nekrologija.** Dn. 6 bm. umarł z wady sercowéj prof. Herman Köhler w Hali, licząc zaledwie lat 45. Oprócz licznych prac farmakologicznych napisał dzieło, które wyszło w r. 1876 i w tygodniku naszym było omówione.

D. 15 bm. umarł w Warszawie Dr. Wilhelm Lubelski, lekarz sztabowy b. wojsk polskich, ozdobiony orderem *virtuti militari* i legii honorowéj, w 91 roku życia.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 7: Sokołowskiego: O chorobach krtani i gardzieli wikłających suchoty płucne; Markiewicza; Spostrzeżenia z praktyki na wsi; — w *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 4: Lutostańskiego: Badanie wody do picia w celach higijenicznych (c. d.); w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 7: Dra hr. Krasińskiego: Przyczynek do nosogenii cholery i dżumy; Wrzykowskiego: Trzy przypadki zapalenia epidemicznego osłon mózgowo-rdzeniowych.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie **we Środę** dnia **26** b. m. o godz. 5 popołudniu w Sali Akad. Umiej. posiedzenie, na którem: 1) Prof. Korczyński okaże tablice odnoszące się do wpływu czynników meteorologicznych na przebieg niektórych chorób. 2) p. Trochanowski poda wyniki rozbioru zdrojów w Wysowy. 3) p. Dr. Skórczewski czytać będzie o działaniu kąpieli borowinowych.

Do numeru niniejszego dołącza się Sprawozdanie z czynności Tow. lek. krakowskiego z r. 1878.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarzy krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 1 marca 1879. № 9. Rok XVIII.

I. Przyczynek do terapii chorób układu nerwowego.

Skréślił Dr. **Stanisław Domański**,
Docent we Wydziale lekarskim Uniw. Jagiel.

Niezaprzeczony postęp terapii układu nerwowego w ostatnich czasach zawdzięczamy nie tyle wprowadzeniu nowych środków, ile raczéj udoskonaleniu sposobów stosowania miejscowego leków i środków dawniéj już znanych.

W przekonaniu, że każdy choćby najskromniejszy przyczynek do najważniejszego zadania nauk lekarskich nie będzie obojętnym dla Czytelników Przeglądu Lek., chcę zwrócić na tém miejscu Ich uwagę na sposób używania prądu elektrycznego dawno już wprawdzie podany, lecz dotychczas, o ile mi wiadomo, naukowo i praktycznie dostatecznie nie oceniony, a nawet niejako zapomniany. Dla lepszego zrozumienia pozwolę sobie zboczyć na chwilę i poprzedzić rzecz właściwą kilkoma słowy wstępnemi.

Lubo ostateczną przyczynę pomyślnych skutków terapeutycznych elektryczności znamy tylko w nader małéj liczbie przypadków, tyle pewna, że środek, o którym mowa, podlega prawidłu ogólnemu i tam głównie wywołuje skutki lecznicze, gdzie dłużéj lub krócéj w dostatecznéj przepływał ilości. Kardynalną jest więc zasadą elektroterapii stosować prąd elektryczny *in loco morbi* czyli innemi słowy: starać się w każdym przypadku odpowiednim rozpoznać siedzibę anatomiczną choroby, a następnie dopiero tak przyłożyć bieguny, żeby prąd elektryczny w jak największéj ilości mógł przepływać przez część chorą. Skutek więc leczniczy elektryczności zależy od możności z jednéj strony wprowadzenia dostatecznego prądu do miejsca choroby, z drugiéj wpłynienia na samęż zmianę patologiczną. Tak np. małą ma wartość terapeutyczną prąd elektryczny w krwotokach do mózgu, bo i trudno dostać się do miejsca wynaczynienia krwi i niepodobna spodziewać się, aby elektryczność odrodziła zniszczone pierwociny nerwowe. O wiele mocniéj stosunkowo możemy działać na rdzeń pacierzowy a jeszcze więcéj na nerwy obwodowe.

Prawie nigdy nie możemy bezpośrednio wystawiać organów chorych na działanie elektryczności: możemy tylko co najwięcéj przyłożyć bieguny do skóry lub błony śluzowéj pokrywającéj wprost lub pośrednio dany organ, czyli innemi słowy: nie jesteśmy w stanie prawie nigdy zadziałać całym prądem na organ pomocy potrzebujący, lecz wypada nam jedynie starać się o to, żeby jak największa liczba gałązek prądu dostawała się do części choréj. Przyskórek, jak wiadomo, bardzo znacznie powiększa opór przewodnictwa czyli zmniejsza skutek, o ile on zależy od mocy prądu; wszystko zatém, co zmniejsza opór w przyskórku, zwiększa moc prądu, zwiększa téż do pewnego stopnia jego skutek. Dlatego to, jeżeli chodzi o działanie na części głębsze, używać musimy koniecznie biegunów wilgotnych.

Używając w ten sposób terapeutycznie elektryczności stósujemy ją oczywiście tylko miejscowo, a nawet zmieniając położenie biegunów możemy tylko co najwięcéj rozszerzyć zakres jéj działania, lecz nigdy (w znaczeniu terapeutyczném) ogólnie elektryzować nie możemy, czyli innemi słowy: elektrycznością możemy przeważnie działać miejscowo na miejscowe także choroby. Z tego powodu elektryczność nie zastąpi ani kąpieli, ani leków, które dostawszy się do krwi krążą z nią razem i działają terapeutycznie na organa najodleglejsze. Dlatego to także w chorobach ogólnych układu nerwowego, jak już np. w zwyczajnéj histeryi, skuteczność elektryczności jest wątpliwa.

Ta niemożność stósowania ogólnie elektryczności do chorego organizmu była powodem, iż przemyśliwano nad sposobami działania środkiem, o którym mowa, pośrednio lub bezpośrednio na całe ciało. R e m a k o w i między innemi zdawało się, iż w nerwie współczulnym znalazł organ, który wystawiony na działanie prądu elektrycznego miał następnie wpływać na krążenie i odżywianie w całym ustroju. Trzeźwe, nieuprzedzone badania następców przekonały, że nie tylko nie ma pewności, czy rzeczywiście można w znaczeniu l e k a r s k i é m elektryzować nerw współczulny za życia, ale i to jeszcze wątpliwém, czy podany w tym celu sposób jest skutecznym.

O wiele skuteczniejszą i umiejętniejszą wydaje się metoda elektryzowania ogólnie podana [1]) przez Bearda i Rockwella, polegająca na tém, że jeden biegun odpowiednio przysposobiony przykłada się do stóp lub kości krzyżowéj, a drugim suwa po całéj skórze kolejno i w ten sposób wystawia jeżeli nie całe ciało to przynajmniéj znaczną część jego na działanie prądu elektrycznego.

O ile mi wiadomo, metoda ta w Europie przynajmniéj nie wielu znalazła zwolenników. Bardzo być może, że nie okazała się skuteczną, tém więcéj, iż jéj twórcy zalecali tu głównie prąd indukcyjny.

Ogólne a pomyślne skutki kąpieli oddawna już powinny były wskazywać, że w ich połączeniu z prądem elektrycznym znaleść się winien dzielny środek leczniczy, w połączeniu oczywiście równoczesném, gdyż pomyślne skutki skombinowanego lecz nierównoczesnego działania balnoterapeutycznego i elektroterapeutycznego są dobrze znane. Jakoż jeszcze w roku 1855 Verqués i Poey z Hawanny [2]) proponowali prąd galwaniczny do oddalenia szkodliwych metali z organizmu. Verqués mianowicie, który z pozłacania i posrébrzania galwanicznego dostał uporczywych wrzodów na grzbietach rąk, wyleczył się z nich włożywszy ręce do kąpieli połączonéj (jak? niewiadomo) z biegunem dodatnym prądu galwanicznego. Już po 15 minutach blaszka metalowa w kąpieli połączona z biegunem ujemnym pokrywała się warstewką złota lub srébra. Po kilku takich kąpielach pogoiły się wrzody zupełnie.

Kąpiel elektrochemiczną przyrządza się w sposób następujący: we wannie metalowéj odosobnionéj znajduje się ławka od wanny także odosobniona. Na téj ławce siada pacyjent trzymając odnogi górne po nad płynem we wannie, którą napełnia się po jego szyję wodą zakwaszoną i to jeżeli chodzi o oddalenie rtęci, złota lub srébra, kwasem azotowym, jeżeli zaś ołowiu, kwasem siarkowym. Wannę łączy się z biegunem ujemnym mocnéj bateryi galwanicznéj a biegun dodatny odpowiednio zakończony i w płótno obwinięty trzyma pacyjent na przemian w ręce prawéj lub lewéj.

Poey miał w ten sposób wydobyć znaczną ilość rtęci z odnogi dolnéj mężczyzny, który przed 15 tygodniami używał rtęci. Metal wydzielony tak z organizmu znajduje się na ścianach naczynia, w wodzie i powietrzu (!). Poszukiwania te potwierdzili Caplin w Londynie i Meding [3]) w Paryżu. Verqués używał kąpieli elektrycznych do wprowadzania rozmaitych leków do ustroju sadzając pacyjenta we wodzie, w któréj było rozpuszczone dane lekarstwo i przepuszczając przezeń podanym sposobem prąd galwaniczny.

Beard i Rockwell [4]) nie wątpią prawie, że prąd elektryczny ułatwia wessanie składników roczczynu, w którym siedzi pacyjent. Dowodzić tego ma ich zdaniem okoliczność, że źrenica rozszerza się czasem, jeżeli roczyn atropinu (1 ziar..o na uncyję) zetkniemy z okolicą żołądka a następnie przepuścimy prąd galwaniczny lub wcale indukcyjny.

W piśmiennictwie lat następnych, o ile mi mogło być dostępném, znajduję trzy tylko prace odnoszące się do tego przedmiotu. I tak Barth [1]) zaleca gorąco używanie elektryczności w kąpieli ciepłéj w ten sposób, że obydwa bieguny zanurzone są w wodzie, w któréj znajduje się chory: dodatny w pobliżu podeszew (ujemny nie wiadomo). Schweig [2]) mówiąc o cudownych *(sic!)* skutkach leczniczych kąpieli elektrycznych nie podaje nawet sposobu ich przyrządzania. Weisflog [3]) nakoniec dowodzi niepotrzebnie, że ciało ludzkie umieszczone w wodzie, przez którą przechodzi prąd galwaniczny, doznaje niewątpliwie działania tego czynnika.

Już nawet po najpowierzchowniejszém zastanowieniu nabywa się przekonania, że sprawa, o któréj mowa, wymaga przedewszystkiém wyjaśnienia z punktu fizycznego, bo jak z jednéj strony nie ulega wątpliwości, że jakieś pomyślne otrzymywano skutki lecznicze, tak z drugiéj pewna, że nie grzeszono dokładném pojęciem zachodzących w téj mierze stosunków i praw fizycznych.

Jeżeli do jakiegokolwiek przewodnika przyłożymy bieguny od stosu galwanicznego, wtedy obydwie elektryczności płyną ku sobie nie jedną prostą, wąską drogą, lecz wszystkiemi szlakami, jakie w daném ciele się znajdują czyli całém jego przecięciem poprzeczném. Jedynie w ciałach ściśle obłych, jak np. w drutach metalowych równéj wszędzie grubości, gałązki prądu będą wszystkie jednakie. Im więcéj przewodnik jaki oddala się od tego kształtu, tém zawikłańsze są stósunki czyli innemi słowy tém zawikłańszym podział prądu na gałązki.

Takie to właśnie stósunki zachodzą w ustroju zwierzęcym, gdzie nie tylko, że kształt jest matematycznie do ujęcia niepodobny, ale gdzie jeszcze nadto rozmaite tkaniny i części tak rozmaity opór stawiają przepływowi elektryczności. Tyle wszakże rzeczą jest niewątpliwą, że elektryzowanie w znaczeniu fizyczném ściśle miejscowe tj. ograniczenie wpływu elektryczności do pewnego miejsca jest niepodobne, czyli że elektryzowanie zawsze jest ogólne, że w miejscu przyłożenia biegunów i jego pobliżu natężenie prądu elektrycznego jest największe, daléj, że po za biegunami jest znaczne na linii prostéj też bieguny łączącéj, a maleje w miarę oddalania się od niéj. Dlatego to, jak już orzekliśmy na samym początku, elektryzowanie w znaczeniu lekarskiém, praktyczném zawsze jest tylko miejscowe i aby było skuteczne, musi być skierowane ku siedzibie przyczyny anatomicznéj choroby.

Niewątpliwie atoli są i być muszą przypadki, gdzie zmiany jakkolwiek miejscowe tak są zarazem liczne i rozległe, iż trudno myśleć o kierowaniu prądu elektrycznego przeciw każdéj z osobna. Tu zatém potrzebaby tak użyć elektryczności, iżby ta działała odrazu na większą rozległość, a lubo skutek czysto miejscowy przez rozdzielenie się prądu na większą liczbę miejsc chorych musi być w równych warunkach słabszy, to jednakowoż skutek ogólny mógłby być mocniejszym. Nie wypada przytém zapominać, o czém zresztą

[1]) *New York Medical Record 1866 — 1867. Transactions New York State Medical Society 1867. The Medical Use of Electricity, with special reference to general electrization etc. New York 1867.*

[2]) *Memoire sur une nouvelle application de l'électrochimie a l'extraction des métaux introduits et sejournant dans l'organisme. Comp. rend. de l'Acad. des Sciences 1855. Nr. 5. Gazette médicale de Paris 1855. Nr. 16.*

[3]) *Tageblatt der 32. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Wien 1856. Nr. 7. Pag. 150.*

[4]) *Praktische Abhandlung über die medicinische und chirurgische Verwerthung der Elektricität. Deutsch von R. Väter Prag 1874, str. 623.*

[1]) *Ueber die Anwendung der Electricität im warmen Bade. Petersburger med. Zeitschrift 1872. Nr. 6. pag. 520.*

[2]) *On some of the uses of galvanic and faradic baths. New York med. Record. 1874. Demb. 15.*

[3]) *Electrische Bäder ohne Einschluss des Badenden in den Kreis der Kette. Corespondenzblatt für Schweizer Aerzte VII. Nr. 14. 1877.*

praktykom dobrze wiadomo, że skutek do pewnego tylko stopnia zależy od natężenia prądu, że jak niewątpliwie nieskutecznym jest prąd za słaby, tak szkodliwym nierzadko za mocny. Zresztą używając prądu mocniejszego możemy w odpowiedni sposób powiększyć działanie terapeutyczne nawet na większą przestrzeń.

Takimto warunkom a po części i innym odpowiada kąpiel elektryczna czyli zastósowanie elektryczności do ustroju chorego podczas i w kąpieli.

Przedewszystkiém więc wypada nam zastanowić się nad samém urządzeniem kąpieli elektrycznych, które tak samo jak zwykłe, mogą być miejscowe i ogólne.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Kazuistyka sądowolekarska*).

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków
napisał prof. Dr. **Blumenstok**.

IV. Syn obwiniony o otrucie ojca, a oskarżony o zamordowanie matki.

Tomasz Nowak, włościanin ze Stanisławic, lat 60 i kilka liczący, poprzednio całkiem zdrów, zmarł nagle. W kilka miesięcy dopiero po jego śmierci (żałuję, że niemam zapisanéj daty dokładnéj) Tekla Nowakowa, wdowa po Tomaszu, wystąpiła ze skargą przeciw własnemu synowi Michałowi, urlopnikowi żonatemu, jako tenże otruł ojca swego, z którym żył w niezgodzie, z powodu, że ostatni niechciał mu oddać gruntu. W skutek tego doniesienia Sąd polecił ekshumacyję i sekcyję zwłok.

Sekcyję wykonałem razem z kol. Korczyńskim w d. 25 czerwca 1871 r.: 1) Trumna w naszéj obecności wyjęta z ziemi glinkowatéj była z drzewa białego, miękkiego, nie uszkodzona, tylko wieko dawniéj gwoździami drewnianemi przybite łatwo odchodziło. Na spodzie trumny znajduje się trochę wiór posoką przesiąkłych, również i dno trumny jest wilgotne; na dnie grobu w miejscu odpowiadającém głowie trupa znajduje się trochę ziemi sposoczonéj: ziemię tę wyjęto i przechowano. 2) W trumnie leżą zwłoki ludzkie od stóp aż po za oczy obwinięte w płótno białe, po zdjęciu którego ciało okazało się w wysokim stopniu zgnilizną zajęte, nie zmumifikowane. 3) Po włosach siwych, zresztą dość długich i gęstych, wnosić można, że zmarły znajdował się w wieku podeszłym; części miękkie twarzy, jak niemniéj cały kadłub aż do stóp okryty grubą warstwą pleśni białéj, która trzonkiem noża bardzo łatwo daje się zeskrobać, odsłaniając powłoki zewnętrzne po największéj części nienaruszone, tylko na stopach skóra jest jak odmoczona i z łatwością schodzi; zresztą powłoki, zwłaszcza po bokach ciała są niemal prawidłowo zabarwione, na pośladkach i na grzbiecie zaś ciemno-zielone, a w pachwinach prawie czarne. 4) Oczodoły próżne, części miękkie twarzy już to suche, już to wilgotne, nos, usta i broda stanowią masę bezkształtną; po odskrobaniu pleśni z wzgórka łonowego rozpoznać można części płciowe męzkie, a mianowicie prącie pozbawione skóry, moszna, oraz włosy siwawe na wzgórku. 5) Na odnogach nie spostrzega się zboczeń. 6) Śladów obrażenia obecnie niema. 7) Sklepienie czaszki gębczaste, dość cienkie, opona twarda nienadwerężona, brudno-czerwona, mózgowie bardzo miękkie, na powierzchni zewnętrznéj brudno-czerwone, na przekroju zaś jasno-zielone, prawie rozpływające się, na podstawie czaszki nie ma zboczenia. 8) Błona śluzowa krtani i tchawicy brudno-czerwona, światło jéj próżne. 9) W prawym worku opłucnowym więcéj aniżeli funt płynu krwawego, ciemnego, płuco prawe nieco przyczepione, na powierzchni zewn. brudno-czerwone, na przekroju ciemno-czerwone, kruche, na nożu osadza się płyn ciemno-czerwony, nieco pienisty, płat dolny przy brzegach rozdęty, jasno-zielony. 10) Płuco lewe mocno przyrośnięte, na powierzchni zewnętrznéj zielonawe, na rozkroju rozpływające się. 11) Worek sercowy próżny, serce duże, wiotkie, spłaszczone, komórki całkiem próżne, zastawki prawidłowe. 12) Żołądek podwiązano wedle przepisu, a po wycięciu otworzono w słoju szklanym; znaleziono w nim więcéj niż funt miazgi pokarmowéj, wśród któréj odróżnić się dały grzyby niestrawione oraz liczne nasiona roślinne wielkości krupek kaszy jaglanéj z łupinami; błona śluzowa żołądka nie przedstawia zmian, jest brudna, a w jéj fałdach dużo znachodzi się nasion właśnie opisanych. Żołądek wraz z treścią umieszczono w słoju i opatrzono pieczęcią. Pomimo najskrzętniejszego poszukiwania nie znaleziono na błonie śluzowéj ani nadżerków, ani wynaczynionek, ani wreszcie ziarnek mineralnych. 13) W jelitach kał, błona śluzowa prawidłowa; kawał jelita biodrowego wycięto i przechowano w słoju. 14) Wątroba zielona, na przekroju żółtawa, bardzo miękka: część jéj przechowano. 15) Śledziona zwiększona w wymiarze podłużnym, krucha, prawie rozpływająca się; część jéj przechowano. 16) Nerki całkiem zgniłe, jednę przechowano. 17) Pęcherz moczowy próżny, błona śluzowa brudna. 18) Na błonie śluzowéj ust, na języku, w połyku, niema śladu obrażenia lub zapalenia.

Chemicy sądowi nie zdołali w organach ani też w ziemi do badania im oddanych wykryć żadnéj istoty trującéj; niemniéj i botanicy nie mogli oznaczyć, czy grzyby w żołądku znalezione są jadowite lub nie. Gdy wreszcie i lekarze sądowi w obec ujemnego wyniku dochodzenia chemicznego przyczyny śmierci wyjaśnić nie mogli, Sąd śledztwa zaniechać musiał.

W 6 lat późniéj, bo d. 11 kwietnia 1877 r., wezwany zostałem razem z kol. Zarębą do przedsięwzięcia sekcyi sądowéj we wsi Stanisławicach na osobie kobiety, którą 2 dni przedtém znaleziono nieżywą w własnéj swéj chałupie. Kobietą tą była Tekla Nowakowa, wdowa po Tomaszu. W dzień świąteczny widziano ją jeszcze koło 9 godziny z rana krzątającą się koło swego domostwa, a gdy po godzinie 11téj syn młodszy powrócił z kościoła ze wsi sąsiedniéj, zastał drzwi od wewnątrz zamknięte, okno zaś otwarte; wszedłszy przez okno znalazł matkę swoją leżącą bez życia w sieni. Na trupie, na wznak leżącym, stała skrzynia otwarta bez wieka, w któréj znajdowało się nieco plew; skrzynia ta ważyła około 40 kilogramów. Trupa nie tknięto aż do przybycia komisyi. Zastaliśmy więc zwłoki Tekli Nowakowéj leżące w przedsionku ciasnym, z którego z jednéj strony prowadziły drzwi na pole, z drugiéj do izby, a obok tych ostatnich stała drabinka, po któréj przez otwór w suficie można było dostać się do strychu, na którym według zeznania świadków wszystkich stała zawsze owa skrzynia. Na 2 kroki od miejsca, gdzie Teklę N. znaleziono, a w szczególności od miejsca, gdzie leżała głowa, spostrzeżono na ziemi nieco ziarna i plew, oraz rozsypane czerwone paciorki, które Te-

*) Dalszy ciąg z r. 1878, Nr. 26.

kla N. zawsze i przed śmiercią jeszcze nosiła na szyi; tamże widzieć mieli świadkowie, których syn młodszy zawołał był po odkryciu trupa, dość obfite na ziemi ślady krwi, których my jednak już dojrzeć nie mogliśmy. Po zdjęciu skrzynki i przeniesieniu trupa do szopy, w której odbyć się miały oględziny, nie znaleziono na ziemi pod głową trupa żadnych śladów krwi.

Sekcyja wykazała: Oględziny zewnętrzne 1) Zwłoki kobiety lat 65 liczyć mającéj, dobrze zbudowanéj i odżywionéj, wzrostu średniego. 2) Stężenie pośmiertne utrzymuje się w odnogach dolnych i w dłoniach. 3) Na grzbiecie i pośladkach ciemno-brunatne plamy trupie, przez nacięcie jako takie stwierdzone. 4) Włosy siwe, bardzo długie i gęste, powieki przymknięte, gałki oczne wiotkie, rogówki nieco zmętniałe, tęczówki miernie rozszerzone, warga górna i broda powleczone krwią zaschłą, która widocznie sączyła się poprzednio z nosa. 5) Szyja krótka, klatka piersiowa szeroka i sklepista, sutki obwisłe, brzuch bardzo wzdęty, zielono zabarwiony. 6) Na ciele znajdują się następujące ślady obrażenia: *a)* na skroni prawéj siniec wielkości ½ centa; *b)* w odcinku górnym małżowiny usznéj prawéj siniec mały; *c)* po prawéj stronie szyi 2 okrągławe sińce, wielkości ½ centa, z których jeden znajduje się tuż pod kątem żuchwy a drugi tuż ponad tym kątem; wszystkie te sińce okazują po nacięciu mierne podskórne wylanie krwi; *d)* na szyi po stronie prawéj widać cztery otarcia przyskórka, okrągławe, wielkości grochu, z których 2 leżą ponad wewn. a 2 ponad zewn. brzegiem m. mostko-sutkowego; obie te pary otarć są równoległe do siebie, a w każdéj parze jedno otarcie odległe jest od drugiego na 2 cm.; otarcia te nie okazują podbiegnięcia krwi; *e)* przy prawym kącie ust otarcie okrągławe, nie podbiegnięte; *f)* na klatce piersiowéj z przodu widać pas skóry bieżący prawie od jednéj pachy do drugiéj a ku dołowi zwężający się i dochodzący prawie aż do wyrostka mieczykowatego; pas ten mający więc postać trójkąta podstawą ku górze zwróconego okazuje brudno-czerwone zabarwienie, a po nacięciu rozległe wynaczynienie; *g)* na sutku prawym na zewnątrz nieco od brodawki znajdują się 2 sińce, jeden od drugiego na 5 cm. odległy; przy obmacywaniu téj okolicy palec czuje trzeszczenie baniek gazowych, a nacięcie wykazuje rozległe wynaczynienie krwi ciemnéj, płynnéj i pienistéj; *h)* poniżéj sutka prawego palec macający czuje podobne trzeszczenie baniek pod skórą, a nadto uginanie się i zapadanie żeber; *i)* nad kątem lewym żuchwy siniec wielkości ½ centa z miernem podskórnem wynaczynieniem: *k)* na sutku lewym na wewnątrz od brodawki w bliskości brzegu mostkowego siniec wielkości talara, obficie krwią podbiegły; *l)* na grzbiecie ramienia lewego siniec jeden, a nad łokciem lewym 2 sińce, wszystkie wielkości 4 grajcarówki, krwią podbiegłe. 7) Grzbiet ręki lewéj oraz palec mały powalane są krwią zaschłą; na ręce prawéj śladów krwi niema; śladów obrażenia na rękach niema. 8) Po bokach brzucha i w pachwinach blizny ścięgniste, białe. 9) Zęby mocno ściśnięte, a koniec języka pomiędzy nie wklinowany. 10) W szparze pośladkowéj kał zbity.

Oględziny wewnętrzne. 11) Skóra czaszkowa po stronie wewnętrznéj żywo czerwona, pomiędzy nią a okostną znajduje się warstwa krwi ciemnéj, mocno skrzepłéj, grubości grzbietu noża, ściśle ograniczona, zajmująca prawie całą lewą połowę sklepienia czaszki. 12) Sklepienie grube, nie uszkodzone. 13) Opona twarda prawidłowa, opony miękkie nieco zamglone i nieco chelboczące. 14) Mózgowie wilgotne, na przekroju występują liczne kropki krwi; nadto w istocie rdzennéj półkuli lewéj znajduje się grupa kropek bardzo drobnych, gęsto obok siebie ułożonych, ciemno-czerwonych, niedających się nożem zeskrobać, głęboko dosyć w istotę mózgową wnikających; zresztą niema zmian w mózgowiu. 15) Po wyjęciu mózgu na podstawie niema żadnego zboczenia. 16) Mięsień skroniowy lewy nieco krwią nasiąkły. 17) Po przecięciu ścian piersiowych mięśnie piersiowe i międzyżebrowe okazują się mocno podbiegłe krwią czerwoną. 18) Po odjęciu mostka, który również tak od zewnątrz, jako i od wewnątrz jest krwią podbiegły, pokazuje się poprzeczne złamanie tegoż w wysokości 4go żebra. 19) Obojczyk lewy jest całkiem luźny, albowiem więzadło kotwiasto-obojczykowe jest przerwane, a koniec wewnętrzny obojczyka odłamany. 20) Złamanemi są następujące żebra: *a)* po stronie lewéj: *aa)* żebro 1sze 2 razy w bliskości mostka; *bb)* żebra: 2gie i 3ie w linii sutkowéj; *cc)* żebro 4te 2 razy w linii sutkowéj i pachowéj; *dd)* żebra 5te i 6te w podobny sposób; *ee)* żebro 7me raz w linii sutkowéj; *ff)* żebro 8me raz; *b)* po stronie prawéj: *aa)* żebro 1sze 2 razy w linii sutkowéj i blisko kręgosłupa, tak samo żebro 2gie; *bb)* żebro 3cie i 4te dwa razy; *cc)* żebro 5, 6, 7, 8 i 9 raz. Odłamki sterczą po największéj części przez przeszytą opłucnę na wewnątrz. 21) Krtań i tchawica próżne, błona śluzowa jasno-czerwono zabarwiona. 22) Oba płuca wraz ze sercem powleczone krwią płynną i ściętą, obadwa po części komórkowato przyczepione; w workach opłucnowych znajduje się po litrze krwi ciemnéj, płynnéj. 23) Po wydobyciu płuca prawego okazuje się tchawica poprzecznie i w zupełności przedartą przy samém podzieleniu się na oskrzela, brzegi przedarcia nierówne, zatokowate. 24) Płuco prawe przy saméj wnęce okazuje mierne zmiażdżenie miąższu w objętości i bryłowatości jaja kurzego; reszta płuca nieuszkodzona, na przekroju w krew uboga, wszędzie powietrze zawierająca. 25) Płuco lewe niedokrewne, nie uszkodzone. 26) Po usunięciu płuc pokazuje się, że tętnica bezimienna przy samém wyjściu z łuku jest przerwaną w zupełności poprzecznie, a brzegi są nierówne, zatokowate. 27) Worek sercowy z przodu przedstawia szczelinę na 2 palce szeroką o brzegach nieco krwią podbiegłych. 28) Serce nieco stłuszczone, nieuszkodzone; komórki próżne, naczynia główne również. 29) Wątroba powiększona, na przekroju w krew uboga, na nożu osadza się warstwa tłuszczu. 30) Śledziona mała, torebka jéj pomarszczona. 31) Nerki nieco stłuszczone, niedokrewne, pęcherz moczowy próżny. 32) Żołądek wypełniony resztkami strawy składającéj się z kaszy i ziemniaków, błona śluzowa prawidłowa. 33) Jelita zawierają kał zbity, błona ich śluzowa nie zbacza. 34) W jamie brzusznéj niema krwi, otrzewna prawidłowa. 35) Kręgosłup nigdzie nie uszkodzony.

Jakkolwiek wynik sekcyi z góry przemawiał przeciw przypuszczeniu, jakoby śmierć Tekli N. nastąpiła skutkiem spadnięcia na nią skrzyni, którą na jéj ciele znaleziono, to jednak celem wykluczenia wszelkich wątpliwości zmierzono od razu wysokość strychu od podłogi (wynosiła ona 2 metry), a następnie polecono umieścić skrzynię na strychu i zrzucić ją ztamtąd do sieni; przyczém pokazało się, że otwór w suficie był tak szczupłym, że skrzynia z trudnością przez otwór ten przejść mogła i przeszła wtedy dopiero, gdy człowiek na strychu stojący użył pewnéj siły i w wymiarze najdłuższym przez otwór ją przesunął.

Jako sprawcę czynu okropnego wszyscy sąsiedzi wymienili Michała Nowaka, najstarszego syna denatki, podając, że ten-

że nietylko z ojcem, ale i z matką w ciągléj żył niezgodzie i nieraz jéj się odgrażał. W szczególności zaś zeznał młodszy syn denatki, że na kilka dni przedtém, gdy położył się spać, słyszał, jak brat jego Michał, który mieszkał w téj saméj chałupie, ścianą tylko cienką przegrodzony od mieszkania matki, zapewne leżąc już w łóżku wyrzekł do żony swojéj te słowa: „Wyprawiłem ojca, to i matki się pozbędę, a ona już niedługo przeszkadzać mi będzie.“ W skutek tego zeznania starano się przekonać na miejscu, ażali słowa nie zbyt głośno wypowiedziane w jednéj izbie mogły być słyszane w drugiéj; i rzeczywiście przy zupełnéj ciszy można się było jak najdokładniéj porozumieć ustnie i w jednéj izbie odpowiadać na pytania, zadawane przez osobę w drugiéj izbie znajdującą się. Pokazało się następnie, że Michał N. w ów dzień, gdy matkę jego znaleziono nieżywą, a był to dzień świąteczny, udał się był z rana do poblizkiéj wsi do kościoła, że śród nabożeństwa wyszedł i manowcami podążył ku domowi, że potém powrócił do kościoła po godzinie 10téj, a po godzinie 11téj ludzie wracający z kościoła razem z młodszym Nowakiem zastali już Teklę N. nieżywą. Michał N. w zupełności zapierał się czynu, tłumacząc się nieobecnością na miejscu a badanie osoby jego natychmiast przez nas uskutecznione prócz nieznacznych otarć na rękach, nie wykryło żadnych obrażeń.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Fuchs: O używaniu pilokarpinu w chorobach ocznych.

Autor używał jako asystent kliniki prof. Arlta leku przerzeczonego za pomocą wstrzykiwań podskórnych w następujących chorobach ocznych:

I. Ostre zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego (*Iridokyklitis acuta*). 1) M., pompier, 43 l. mający. Choroba połączona z silnemi bólami, przeciw którym zwykłe środki mało skutkowały, zażył d. 19 i 31 stycznia r. z. po 0·04 pilokarpinu, poczém zaczerwienienie i bóle znacznie się zmniejszyły, a widzenie się polepszyło. 2) L., 49 letni farbiarz, w skutek zapalania tęczówki i ciałka rzęskowego, jakotéż mętów w ciałku szklaném liczył palce tylko na $3^1/_2$ metra; po 14-dniowém używaniu atropinu i jodku potasu, widzenie polepszyło się tylko na $S={}^6/_{60}={}^1/_{10}$; zarządzono wstrzykiwania pilokarpinu (po 0·05 co drugi dzień w roczczynie 5%); po 1ém wstrzyknięciu było $S={}^6/_{18}$, po 2ém $S={}^6/_{12}$, po 3ém $S={}^6/_9$, a we 3 dni późniéj $S={}^6/_6$. Chory czytał Nr. 1 wzorów Jägera, a w ciałku szklaném miał tylko kilka drobniutkich mętów. Jednakże po dwóch miesiącach choroba odnowiła się; wystąpiło przewłoczne zapalenie tęczówki i naczyniówki, a ponownemi wstrzykiwaniami pilokarpinu zdołano tylko polepszyć widzenie do $S={}^6/_{24}={}^1/_4$. 3) S., 56-letni lekarz, zachorował w początku lutego na prawe oko, rzekomo w skutek przeziębienia. Nastrzykanie naczyń rzęskowych, nacieki na tylnéj powierzchni rogówki i krew na podstawie komórki, zwężenie źrenicy i liczne przyczepiny, wreszcie męty w ciałku szklaném, tak iż nie można widzieć dna oka. Bóle mierne; liczy palce na 4 metry. Zrobiono 6 wstrzykiwań po 0·03, potém 0·04 pilokarpinu (roczczynu 5%) co drugi dzień, przyczém tylko raz były wymioty. Po 6ém wstrzyknięciu (2 marca) była bystrość wzroku ${}^6/_{18}={}^1/_3$, oko blade, źrenica okrągła, przyczepiny poodrywane, w ciałku szklaném jeszcze trochę mętów. W miesiąc późniéj chory doniósł, że choroba (*Iridokyklitis*) odnowiła się, a późniéj, że po zrobieniu trzech wstrzykiwań pilokarpinu po 14tu dniach znów oko było zupełnie zdrowe. 4) H., 29 l., właściciel realności, przyjęty 7/3 zr. Nastrzykanie rzęskowe miernego stopnia, nacieki na tylnéj powierzchni rogówki, kępki barwika na torebce soczewki i zmętnienia ciałka szklanego na obu oczach dość znaczne. Ucisk śródoczny nieco zmniejszony; prawe oko liczyło palce na 4 metry, lewe poznawało tylko ruchy ręki bezpośrednio przed okiem trzymanéj. Zrobiono 6 wstrzykiwań pilokarp. (po 0·03 co drugi dzień), przyczém w początkach były bóle w miednicy małéj i w częściach rodnych, jakotéż przy oddawaniu moczu i duszność. Po 6ém wstrzyknięciu na obu oczach $S={}^6/_{36}={}^1/_6$, toż samo i po 8ém wstrzyknięciu d. 24/3, przyczém oczy zupełnie blade, ciałko szklane jeszcze trochę zmętnione i przekrwienienie żył siatkówki. 5) Joanna B., szwaczka 49-letnia. *Iridokyklitis* na prawém, wkrótce po przyjęciu i na lewém oku (z powodu przeziębienia?). Zrobiono tylko dwa wstrzyknięcia pilok., które wywołały silne nudności i znaczne osłabienie ogólne, zresztą zaś nie sprawiły widocznego skutku.

II. Przewlekłe zapalenie tęczówki i naczyniówki. (*Iridochorioiditis chronica*) Usiłowania zmniejszenia mętów w ciałku szklaném za pomocą wstrzykiwania pilok. pozostały tu prawie zupełnie bez skutku. 1) Maryja C., 39 lat mająca, liczy prawém okiem palce na 0·25 metra, na 0·1 $S={}^6/_{36}={}^1/_6$; po 4ch wstrzyknięciach nieznaczne polepszenie widzenia na oko pr., natomiast wystąpienie świeżych mętów w ciałku szkl. oka lew., tak iż tylko palce przed samém okiem lewém trzymane liczy. Po wcieraniach maści rtęciowéj (72 gramów w 29 wcieraniach) $S={}^6/_{60}={}^1/_{10}$, wkrótce jednak nastąpiło znów pogorszenie wzroku (liczy tylko palce na 1 metr), pomimo że zrobiono 4 wstrzykiwania pilok. 2) Rozalija J., 42 lat mająca; liczne męty w ciałku szklaném oka lew. $S={}^6/_{18}={}^1/_3$; po 5 wstrzykn. $S={}^6/_{12}={}^1/_2$. 3) Rozalija R., 35 lat mająca. Po 1ém wstrzyknięciu (0·03 pilok.) nastąpiły nader silne, prawie całą dobę trwające wymioty, co zniewoliło do zaniechania tego sposobu leczenia.

III. Męty w ciałku szklaném (*Opacitates corporis vitrei*). W dwóch przypadkach starano się usunąć te męty po ustąpieniu choroby głównéj. 1) Paweł Z. 43 lat; zanik w niektórych miejscach naczyniówki bez świeżych wypocin; męty w przednim odcinku ciałka szklanego, które i po 3 wstrzyknięciach wcale nie ustępowały. 2) Maryja K. 38 lat, szwaczka. Na 4 tygodnie przed przyjęciem nastąpił prawdopodobnie krwotok do ciałka szklanego prawego. Wynik badania serca i moczu ujemny. W ciałku szklaném szare błonki zwieszone; dna oka wziernikiem wcale dostrzedz nie można; liczy palce tém okiem na 0·30 metra; po 4 wstrzyknięciach $S={}^6/_{18}={}^1/_3$; przedmiotowo prawie nic się nie zmieniło.

(Dokończenie nastąpi.)

L. C. Lane (*Medical College of the Pacific*): Wyłuszczenie macicy zrakowaciałéj.

35-letnia pacyjentka skarżyła się na ustawiczne uczucie ciężaru i bólu w okolicy miednicy a obok tego na znaczny upływ krwi podczas miesiączki. Badanie palcem wykazało znacznie przedłużoną, twardą, pełną węzełków i w dole grubszą, w górze zaś nieco cieńszą część pochwową macicy; ujście jéj otwarte dozwalało wprowadzić ostatni członek palca wskazującego. Badanie wziernikiem jeszcze bardziéj uprawniło

do rozpoznania: rakowca ograniczonego do części pochwowéj. Wychodząc L. z tego stanowiska, że tak odjęcie saméj szyi maciecznéj, jakotéż inne dotąd praktykowane sposoby, jak przyżeganie rozpaloném żelazem lub wyskrobywanie ostremi łyżeczkami, nie zabezpiecza dostatecznie przed powrotem choroby, postanowił po naradzie z Drem Burgess i przy jego współudziale wykonać wyłuszczenie macicy od strony pochwy. Po wypróżnieniu odbytnicy i uśpieniu choréj za pomocą mięszaniny chloroformu z eterem odsłonięto część pochwową za pomocą wziernika Simsowego i wyciągnięto ją naprzód kleszczykami haczykowatemi, poczém okroiwszy błonę śluzową jak było można najwyżéj rozpoczęto mozolną pracę oddzielania macicy; od przedarcia odbytnicy chronił wprowadzony także palec pomocnika, od przodu zaś cewnik wprowadzony do męcherza. Wyłuszczenie odbywało się po części nożyczkami długiemi z tępemi końcami nieco zakrzywionemi, po części nożem Mathiewa, lecz najskuteczniejszym okazał się palec. Podwiązano 12 tętniczek krwawiących. Po odcięciu rożków Fallopowych wyjęto cały organ, przyczém skonstatowano że nigdzie otrzewna nie była obrażoną, chociaż w fałdzie męcherzowo-maciecznéj już nie wiele do tego brakowało, gdyż pozostała warstwa była cienką jak zmoczony papier i poddawała się przy ruchach oddechowych. Pozostałą jamę wystrzykano 20% (!) roztworem kw. karbolowego i wypełniono gąbką takimże roztworem nasyconą, jużto w celu zatamowania możliwego krwotoku następowego, już dla zapobieżenia rozkładowi gnilnemu. W końcu jeszcze wprowadzono na dłuższy czas cewnik elastyczny do męcherza i obłożono dolną część brzucha workami z lodem. Dziesiątego dnia miała się pacyjentka bardzo dobrze; czy zaś radykalnie została wyleczoną, czas okaże. Wyjęty organ okazywał daleko znaczniejszy naciek od strony śluzowéj niżli w samych ścianach. *(Pac. Med. and Surgical Journal).* (W Europie sposób ten był próbowany przez Dra Blundell w Anglii w 4 przypadkach (3 †). *Uwaga Red.*) *Dr. Pietrzycki (Rio-Vista).*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie III. z dnia 5go lutego 1879 roku.

Przewodniczący kol. Ściborowski. Obecnych członków czynnych 20· 1 Członek korespondent i 2 kandydatów medycyny jako goście.

1) Kol. Przewodniczący zawiadamia Towarzystwo o śmierci członka korespondenta Dra Władysława Rudnickiego, zaszłéj w pierwszéj połowie m. stycznia w Żurawnie i podnosi zasługi, jakie zmarły położył dla piśmiennictwa polskiego, pracując głównie w anatomii patologicznéj.

2) Kol. Przewodniczący zdaje sprawę z posiedzenia komitetu Tow. z dnia 29 stycznia, na którém: 1) komitet postanowił wysłać wezwania do kilkudziesięciu członków zalegających z opłatą wstępną lub roczną, a 7 członków mianowicie Drów Biegelmayera, Czesnaka, Grünhauta, St. Jabłońskiego, Silbersteina, Tatarczucha i Zarzyckiego wykreślić z Towarzystwa, gdyż mimo kilkakrotnych wezwań nie spełnili zobowiązań, jakie wstępując do towarzystwa dobrowolnie na siebie przyjęli. 2) W myśl wniosku komisyi rewizyjnéj komitet postanowił tymczasem usunąć wydatek na stenografa i obchodzić się bez takowego. 3) Z okoliczności obiadu danego we Lwowie dla Dra Biesiadeckiego, wyjeżdżającego w okolice dotknięte dżumą, komitet wysłał telegram do tegoż z życzeniem szczęśliwego powodzenia i powrotu. 4) Na wniosek kol. Ściborowskiego komitet uchwalił wydrukować dokładną listę lekarzy zamieszkałych w Krakowie, z podaniem ich adresu i godzin ordynacyjnych i rozesłać takową po aptekach, jak się to wszędzie po większych miastach praktykuje.

3) Drd Glück przedstawił chorego z oddziału szpitalnego kol. Zarewicza dotkniętego rzadkiém cierpieniem skóry, zwaném pierzchnicami czerwonemi *(lichen exsudativus ruber)* i odczytał uwagi o téj chorobie. (Będzie umieszczone w Przeglądzie Lekarskim). W dyskusyi kol. Domański zwraca uwagę, że lubo leczenie kw. arsenawym nie jest bez ale, to jednak zbytnia nieśmiałość w podawaniu tego środka nie jest usprawiedliwioną, gdyż doświadczenie poucza, że arsen może być przez dłuższy czas dobrze znoszonym, jeżeli się dostaje do ustroju przez przewód pokarmowy; dostając się przez płuca, daleko częściéj wywołuje zboczenia chorobowe, zazwyczaj należące do tego samego rzędu zaburzeń, przeciw którym bywa właśnie jako lek polecany. Prof. Stopczański wykazał arsen w moczu u chorego skutkiem przewlocznego otrucia arszenikiem dostającym się jako pyl z obić papierowych do płuc, przeciwnie nie mógł wykryć arsenu w moczu chorych, którym kw. arsenawy podawano wewnętrznie; zdaje się, że różnica ta polega na ilości, jaka się jedną i drugą drogą do ustroju dostaje. Kol. Blumenstok sądzi, że i połączenie, w jakim się arsen znajduje, ważną gra rolę, lotny arsenek trójwodu działa silnie trująco. Kol. Domański utrzymuje że w przypadkach chronicznego otrucia arszenikiem za pośrednictwem tkanin lub tapetów, trucizny te zawierających, bardzo chyba tylko mała ilość arsenu dostaje się jako arsenek trójwodu do ustroju, głównie arszenik nagromadza się w płucach jako pył. Kol Obaliński zapytuje kol. Zarewicza, czy nie zauważył, że przy dłuższém używaniu kw. arsenawego powstaje podwyższenie temperatury, jakotéż czy w pierzchnicach czerwonych giną brodawki i nowotwory na skórze, jak się to nieraz dzieje po ostrém zajęciu skóry np. w róży. Kol. Zarewicz na oba pytania odpowiada przecząco. Nie spostrzega nigdy przy używaniu arszeniku podniesienia ciepłoty ciała, również nie widział aby w *lichen exsudativus ruber* ustępowały nowotwory istniejące przed wystąpieniem téj choroby w skórze. Co się tyczy kw. arsenawego, nie jest przeciwnikiem stosowania tego leku w ogóle, sądzi jednak, że w trzecim okresie pierzchnic czerwonych, gdzie odżywianie nadzwyczaj jest podupadłe, leczenie arszenikalne byłoby niewłaściwém; uwzględnić przytém należy szczególną nietolerancyię, jaką niektórzy chorzy dla arszeniku okazują; nieraz po zadaniu już najmniejszych dawek objawy ze strony żołądka zmuszają do zaprzestania dalszego podawania arszeniku.

4) Na wniosek kol. Blumenstoka uchwalono po ożywionéj dyskusyi, w któréj brali udział prócz wnioskodawcy kol. Korczyński, Zarewicz, Domański, Grabowski i Obaliński, zawiązać stałą komisyję sądowo-lekarską. Bliższe określenie zakresu jéj działania odroczono do następnego posiedzenia.

5) Kol. prof. Korczyński okazał i objaśnił sposób użycia hemochromometru Malasseza służącego do oznaczenia ilości hemoglobinu we krwi w celach fizyjologicznych i patologicznych i poprzedził demonstracyję wymienieniem i ocenieniem najważniejszych sposobów oznaczania ilości hemoglobinu. Drogą chemiczną oznaczyć można ilość hemoglobinu: 1) Przez oznaczenie we krwi ilości żelaza za pomocą wagi lub miareczkowania roztworem nadmanganezianu potasowego. Pewną ilość krwi (50—100 cm. sz.) odparowuje się i zwęgla, w popiele oznacza się ilość żelaza i takową mnoży przez 1667, a to z powodu, że ilość żelaza w hemoglobinie wynosi 0·42%. Niekorzyści tego sposobu są liczne, nasamprzód ilość krwi potrzebna do badania jest tak znaczną, że nie zawsze można takową ująć choremu bezkarnie, osobliwie w przypadkach nadających się najczęściéj do badania ilości hemoglobinu, gdzie ilość krwi jest zmniejszoną lub skład jéj jest chorobowo zmienionym; badanie połączone jest z zachodami, które wymagają osobnéj pracowni chemicznéj, nakoniec sposób ten nie chroni od błędów nawet znacznych, gdyż najmniejsza niedokładność w oznaczeniu ilości żelaza przy mnożeniu przez liczbę znaczną pociąga za sobą tém większą omyłkę. 2) Przez oznaczenie ilości tlenu pochłoniętego przez krew *(Quinquaud).* Ponieważ doświadczenia wykazały, że 1000 cm. krwi człowieka zdrowego, które zawierają w sobie 125 gm. hemoglobinu, pochłaniają 260 cm. sz. tlenu, przeto z ilości pochłoniętego tlenu, który się odznacza sposobem gazometrycznym, wnosić można o ilości hemoglobinu. Sposób ten połączony jest

również z wieloma zachodami, które go czynią nieprzydatnym w praktyce lekarskiéj, nadto nie jest dokładnym, albowiem doświadczenia wykazały, że między ilością hemoglobinu a zdolnością chłonienia tlenu nie zawsze istnieje stosunek ścisły, i że niektóre choroby odznaczają się właśnie upośledzeniem zdolności krwi do pochłaniania tlenu. 3) Sposób polegający na oznaczeniu ilości hematyny jest jeszcze bardziéj mozolnym i równie niepewnym.

Najważniejsze sposoby optyczne czyli chromometryczne są następujące: 1) Sposób Welckera czyli tak zwana skala płynna Welckera. Krew zawierająca w sobie znaczną ilość ciałek krwi rozcieńcza się kilkakrotnie wodą, zawsze jednakże w tym stosunku, by każde rozcieńczenie odpowiadało pewnéj znanéj ilości ciałek krwi; ze skalą tą porównywa się zabarwienie krwi rozcieńczonéj, którą badać zamierzamy. Skala ta jednak psuje się rychło, tak że ją napowrót co kilka dni sporządzać trzeba, nadto wynik odnosi się właściwie do ilości ciałek krwi, nie zaś do ilości hemoglobinu, a wiadomą jest rzeczą, że przy równéj ilości ciałek krwi ilość hemoglobinu może być równą. 2) Skala sucha Welckera polega na porównaniu plam krwi badanéj z zabarwieniem plam krwi o znanéj ilości ciałek krwi stósownie rozcieńczonéj. Wprawdzie potrzeba tu znacznie mniejszéj ilości krwi aniżeli w poprzednich sposobach (wystarcza bowiem 1 cm); jednakże plamy krwi służące jako skala z czasem zmieniają swe zabarwienie, a co ważniejsza, że z ilości ciałek krwi tylko w przybliżeniu wnosić można o ilości hemoglobinu. 3) Sposób Hoppe-Seylera polegający na porównywaniu barwy rozczynu krwi, z barwą rozczynu czystego hemoglobinu. Dwa naczyńka szklane czworoboczne stawia się obok siebie na kawałku białego papieru, w jedném znajduje się znana ilość hemoglobinu rozcieńczona znaną ilością wody, w drugiém 10—20 cm. krwi odwłóknionéj, którą dopóty rozcieńcza się znaną ilością wody, dopóki zabarwienie obydwu płynów nie stanie się równém, a ze stopnia potrzebnego rozcieńczenia wnosi się o ilości hemoglobinu. Trudność w otrzymaniu hemoglobinu, możność wytwarzania takowego tylko w porze zimowéj, łatwość z jaką rozkłada się rozczyn hemoglobinu, nakoniec znaczna ilość krwi potrzebna do badania są niekorzyściami tego sposobu. 4) Niekorzyściom tym zapobiega modyfikacyja Rajewskiego, który zamiast rozczynu hemoglobinu radzi używać rozczynu kwasu pikrynowego i karminu, którego zabarwienie odpowiada pewnéj ilości hemoglobinu i z takowym porównywa rozczyn krwi badanéj 5) Metoda spektralna Preyera nie weszła w użycie między lekarzami głównie z powodu, że wymaga przyrządu spektralnego i że nie daje wyników pewnych. Do naczyńka czworobocznego, używanego do badań spektralnych, daje się pewną ilość hemoglobinu i rozcieńcza się dopóty wodą, dopóki w widmie w bliskości linii 6 nie powstanie światło zielone, następnie oznacza się ilość hemoglobinu, poczém do takiego samego naczyńka daje się małą ilość krwi ($^1/_2$ do 1 cm.) i rozcieńcza się dopóty znaną ilością wody, dopóki nie wystąpi pierwszy ślad takiego samego oddziaływania widmowego. 6) Daleko pewniejsze wyniki daje sposób Vierordta, gdzie ilość hemoglobinu oznacza się wprost za pomocą osobno ku temu przyrządzonego przyrządu spektralnego, jednakowoż i ten sposób badania jest dla lekarza praktycznego po największéj części nieprzystępnym. 7) Sposób Worm-Müllera różni się od poprzednich tém, że zamiast rozcieńczania krwi wodą, dodaje się do wody tyle krwi, dopóki woda nie przybierze zabarwienia czerwonawego. Oznaczywszy, ile potrzeba kropel krwi człowieka zdrowego do zabarwienia pewnéj ilości wody, można z ilości krwi człowieka chorego potrzebnéj do powstania barwy tego samego nasilenia wnosić o mniejszéj lub większéj zamożności w hemoglobin. Próba ta jest o tyle względną, o ile do porównania nie używa się jednostki stałéj (rozczyn hemoglobinu) lecz jednostkę względną (krew człowieka zdrowego), jednakowoż jest dla każdego lekarza przystępną. 8) Toż samo powiedzieć należy o sposobie przybliżonym Leichtensterna, gdzie do cieniuchnéj rurki włosowatéj wciąga się odrobinę ($^1/_{30}$ — $^1/_{100}$ cm. sześć) krwi człowieka zdrowego i rozcieńcza się takową 100 cm. wody. Z próbą tą porównywa się w ten sam sposób przyrządzony rozczyn krwi człowieka chorego. 9) Sposób chromometryczny Hayema polegający na porównaniu barwy rozczynu krwi o znanéj ilości ciałek krwi, ze skalą barw ułożoną według zabarwienia rozmaitych rozczynów krwi człowieka zdrowego, mającego prawidłową ilość ciałek krwi a opisany przez Dra Poniklę w Przeglądzie Lekarskim z r. 1878, (str. 135) jest bardzo praktyczny w użyciu, jednakże podaje tylko względne ilości hemoglobinu, to jest pozwala ocenić, o ile mniejszą jest ilość hemoglobinu w jednem ciałku krwi chorobowéj od ilości hemoglobinu zawartéj w jedném ciałku krwi zdrowéj. 10) Hemochromometr Quinckego polega na porównaniu nasilenia barwy krwi rozcieńczonéj za pomocą znanéj ilości słabego rozczynu amonijaku i wciągniętéj do cienkiéj rurki ze skalą rurek napełnionych rozczynami kwasu pikrynowego i karminu, przyrządzonemi w ten sposób, że każdy rozczyn odpowiada pewnéj znanéj ilości hemoglobinu. Przyrząd ten podobnie jak poprzednie może być bardzo przydatnym do badań klinicznych. 11) Hemochromometr Malasseza łączy w sobie wszelkie zalety przyrządu prostego i łatwego w użyciu i może z tego powodu być zastósowany snadnie nawet w praktyce prywatnéj. Głównemi częściami składowemi takowego są: mięszadło (*melangeur*), za pomocą którego odrobinę krwi wciągniętéj do rurki włosowatéj po nakłóciu palca rozcieńcza się wodą (zazwyczaj w stosunku 1 : 100) i skrzyneczka szklana w kształcie ukośnego pryzmatu, napełniona rozczynem kwasu pikrynowego i karminu, gdzie nasilenie barwy zależy od większego lub mniejszego zbliżania się ku sobie ścian pryzmatu, i odpowiada wprost zabarwieniu pewnéj ilości hemoglobinu. Zwróciwszy przyrząd ku światłu nie bardzo jaskrawemu posuwa się pryzmat za pomocą śrubki dopóty ku górze lub ku dołowi, dopóki zabarwienie rozczynu krwi nie stanie się równém zabarwieniu rozczynu zawartego w pryzmacie, poczém na dołączonéj skali odczytuje się ilość hemoglobinu zawartą w jednym milimetrze sześciennym krwi. Dotychczas wprawdzie posiadamy dość znaczną ilość rozbiorów krwi, dokonanych rozmaitemi sposobami, jednakże liczba spostrzeżeń odnoszących się do ilości hemoglobinu jest jeszcze zanadto małą, ażeby módz już obecnie wyprowadzać pewne ogólne prawidła i warunki, wśród których w rozmaitych chorobach zmienia się ilość hemoglobinu. Dalsze badania w tym kierunku są jeszcze bardzo pożądane; przedsiębiorąc takowe głównie trzeba mieć na uwadze tę okoliczność, że oznaczenie ilości hemoglobinu samo przez się nie wystarcza, i że z takowém łączyć trzeba badanie ilości ciałek krwi, gdyż tylko w ten sposób można dojść do dokładnego pojęcia o zamożności krwi w hemoglobin. Drogę tę wskazał pierwszy Hayem oznaczając za pomocą swego przyrządu względną zamożność ciałek krwi w hemoglobin w porównaniu z zamożnością ciałek krwi człowieka zdrowego, a rozszerzył ją Malassez oceniając ilość bezwzględną hemoglobinu zawartego w jedném ciałku krwi, w ten sposób, że ilość hemoglobinu znalezioną za pomocą hemochromometru dzieli przez ilość ciałek krwi zawartą w jednym milimetrze sześciennym krwi. Badania co do zachowania się ilości ciałek krwi w rozmaitych chorobach a przeważnie w chorobach gorączkowych, w kacheksyjach i w błednicy uskuteczniają się przeszło od roku w klinice lekarskiéj krakowskiéj a wynik takowych przedłoży prelegent w swoim czasie Towarzystwu lekarskiemu. Badaniem ilości hemoglobinu we krwi i oznaczaniem zamożności ciałek krwi w hemoglobin w rozmaitych chorobach zajął się asystent kliniki Dr. Ponikło, a skoro tylko rozpoczętą pracę ukończy, zda o niéj sprawę w Towarzystwie lekarskiém.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. Skórkowski.

V. Instytut weterynarski we Wiedniu.

Podał Dr. **A. Barański** weterynarz w tymże zakładzie.

Pierwsze zawiązki nauki weterynarskiéj napotykamy już w starożytności, a nawet za czasów rzymskich byli weterynarze wojskowi, którzy zarazem uczyli praktycznie weterynaryi; szkół jednak nigdzie nie było. Wędrówka ludów i ciemnota średnich wieków zatarła i te pierwsze początki weterynaryi, tak dalece, że aż do połowy ośmnastego stulecia praktyka spoczywała w rękach owczarzy, oprawców, handlarzy koni itp. Wprawdzie niektórzy dzielni badacze praco-

wali i na tém polu umiejętności, ale wykształconych i praktycznych weterynarzy nie było wcale.

Potrzeba zdolnych i umiejętnych weterynarzy wystąpiła najjaskrawiéj w owych czasach, gdy zabójcze zarazy niszczyły nieraz bydło całych krajów, przez co dobrobyt niejednego narodu na długi czas podkopanym został. Według obliczenia Pauleta, jedna zaraza, która rozmaite kraje Europy w zeszłém stuleciu nawiedzała, zrządziła w ciągu pierwszych trzech lat panowania stratę wynoszącą $1\frac{1}{2}$ milijona sztuk bydła. Klęskom tego rodzaju tylko zakłady naukowo-weterynarskie mogły zapobiedz; konieczną ich potrzebę wskazał nasamprzód jeneralny lekarz sztabowy Cothenius w Berlinie. Zabiegi i starania jego nie odniosły wprawdzie żadnego skutku w Niemczech, lecz myśl jego wkrótce została wykonaną we Francyi, gdzie w r. 1762 założono pierwszą szkołę weterynarską w Lyonie, a w r. 1763 drugą w Charenton, którą późniéj do Alfortu przeniesiono.

I w Austryi okazała się niezadługo potrzeba zdolnych weterynarzy, szczególniéj w armii; z tego powodu założono w r. 1764 we Wiedniu w ogrodzie Lobkowitza zakład pod nazwą „szkoły operacyi i leczenia koni.“ Nie było jednak zdolnych ludzi do kierowania tym zakładem i po krótkiém istnieniu szkoła upadła. Upadek jéj dowiódł, że chcąc otworzyć i utrzymać szkołę weterynarską, trzeba mieć ludzi zdolnych i specyjalnie wykształconych: w tym celu na wniosek marszałka Dauna wysłała cesarzowa Maryja Teresa w roku 1764 Ludwika Scottiego, aptekarza Mengmanna i Hellera do Lyonu, aby w tamtejszéj szkole weterynarskiéj się kształcili, a po powrocie do kraju w nowootworzonéj szkole wiedeńskiéj wykładali. Scotti otrzymywał przez czas kształcenia się rocznie 420 zlr. Pozostali oni dwa lat w Lyonie, a po powrocie w roku 1766 przedłożyli plan, w jaki sposób zamyślali „*studium veterinarium*“ wykładać w dwurocznym kursie. Za najgłówniejszy przedmiot wskazali anatomiję i obowiązali się kowali pułkowych świadomych w czytaniu i pisaniu wykształcić w dwóch latach na doświadczonych konowałów. Plan ów w tym samym roku przez Maryję Teresę przyjęty i zatwierdzony został z tym dodatkiem, „że owi czeladnicy, którzy do téj szkoły uczęszczali i którzy przy nabyciu odpowiedniéj zdolności świadectwo na majstrów otrzymają, w cechach wszystkich krajów dziedzicznych do praw majstra przypuszczeni zostaną i to z pierwszeństwem przed synami majstrów i tych, którzy córki majstrów za żony mają; do pułków zaś na przyszłość li tylko tacy dobrze wyuczeni kowale przyjętymi być mogą.“

Początkowo otrzymał Scotti roczną płacę w kwocie 620 zlr. i 6 sążni twardego drzewa, Mengmann i Heller po 420 zlr. i razem $^3/_4$ sążnia drzewa twardego miesięcznie, gdyż mieli razem mieszkać. W roku 1769 otrzymał Scotti 800 zlr. rocznéj płacy. Nauczycielom tym zakazaném było surowo obce konie leczyć, z wyjątkiem koni posiadających wady lub słabości nie zdarzające się u koni wojskowych.

Szkoła pierwotna miała zatém na celu kształcić kowali dla armii i leczyć konie wojskowe. W roku 1769 wysłano na koszt państwa Dra Bogumiła Wolsteina i kowala pułkowego Franciszka Szmida do szkoły weterynarskiéj w Alforcie, w celu kształcenia się w weterynaryi. Pierwszy otrzymał 300 zlr. na wydatki w podróży, 35 zlr. pensyi miesięcznéj i pieniądze na pomieszkanie w Paryżu. Szmid pobierał miesięcznie 20 zlr.; obadwaj pozostawali do czerwca roku 1771 w Alforcie, w tym czasie opuścili szkołę tamtejszą i udali się do Paryża, gdzie aż do maja 1773 roku kształcili się w szpitalu Lafossa; tam Wolstein ćwiczył się w operacyjach chirurgicznych na koniach, nie zaniedbywał téż nauki medycyny i chirurgii ludzkiéj. Późniéj podróżowali obadwaj po Anglii, Holandyi, Danii i Niemczech a w październiku 1775 roku powrócili do Wiednia. Po powrocie otrzymał Wolstein polecenie przedłożenia dokładnego planu naukowego szkoły weterynarskiéj; zarazem wyznaczono mu 800 zlr. rocznéj płacy i 300 zlr. na pomieszkanie. Wolstein wypracował plan, w którym za rzecz użyteczną uznał, aby każdemu dozwoloném było, zwierzęta chore za zwrotem kosztów utrzymania posyłać do szpitala. Wynurzył zarazem życzenie, aby nie tylko rozumni kowale, ale i ludzie posiadający więcéj wiadomości aniżeli ci ostatni, do szkoły téj uczęszczali, jakkolwiek przesądy ogromne, a umiejętność młoda.

Jako miejsce najodpowiedniejsze na szkołę przeznaczył cesarz Józef II ogród pojezuicki na *Landstrasse*, gdzie wkrótce nowy zakład z funduszów wojskowych wybudowano. Szkoła ta naówczas „c. k. szpitalem zwierzęcym“ nazwana pozostawała pod zarządem jeneralnéj komendy dolno-austryjackiéj, przeznaczona nie tylko dla wojskowych, ale i dla niewojskowych. Wolstein mianowany został profesorem, Szmid adjunktem a Mengmann aptekarzem. Wykładano natenczas w dwuletnim kursie następujące przedmioty: znajomość koni, kucie koni, anatomiję (kości, mięśnie, więzadła i wnętrzności), leczenie chorób zewnętrznych i wewnętrznych, operacyje, leki i chów bydła (dla niewojskowych). Od roku 1778 do 1792 uczęszczało 178 uczniów wojskowych, 137 uczniów cywilnych, 144 cudzoziemców i 721 lekarzy i chirurgów.

W roku 1795 z powodu rzekomych wad zakładu Wolstein usunięty został z posady;[1] miejsce jego zajął Dr. Knobloch z tytułem dyrektora i pierwszego profesora szpitala. Ten ostatni pobierał roczną płacę w kwocie 2000 zlr., 12 sążni drzewa twardego i 24 funtów świec. Posadę drugiego profesora otrzymał Dr. Pessina, którego w 5 lat później, gdy Dr. Knobloch ustąpił, dyrektorem zamianowano; umarł jednak w krótkim czasie. Jego wczesna śmierć była ogromną stratą dla zakładu. Pracował on niezmordowanie nad zarazą bydła, ospą owczą i podawał bardzo dokładne wskazówki do poznawania wieku koni ze zębów. Brak sił naukowych teraz mocno dał się uczuć; aby temu zapobiedz, ustanowiono 4 stypendyja dla 2 doktorów medycyny i 2 chirurgów, celem wykształcenia weterynarzy i nauczycieli. Stypendyja w ilości 300 zlr. rocznie dla jednego dawano na 3 lata. Zmieniono zarazem plan nauki i ustanowiono 4 profesorów z płacą 2000, 1200 1000 i 800 zlr.

W roku 1812 złączono zakład weterynarski z wszechnicą wiedeńską, a w roku 1823 rozszerzono zakład i zmieniono powtórnie plan nauk. Wykłady odbywały się: 1) dla zwykłych kowali, 2) dla gospodarzy i ekonomów, 3) dla oficerów i masztalerzy, 4) dla przyszłych fizyków, 5) dla oglądaczy bydła i mięsa, owczarzy i myśliwych, 6) dla konowałów i 7) dla właściwych weterynarzy, czyli t. zw. magistrów weterynaryi. Stopień magistra weterynaryi osiągnąć mógł tylko doktor medycyny lub chirurg, kurs dla tych ostatnich trwał 2 lata. Pomnożono zarazem liczbę profesorów, tak że wykładało natenczas 6 profesorów, 4 korepetytorów i jeden nauczyciel praktycznego kucia. Profesorowie używali wszelkich praw profesorów uniwersytetu, z którymi na równi byli postawieni. W roku 1848 ówcześni profesorowie zakładu widząc, że stosunek zakładu do wszechnicy wiedeńskiéj szkodzi nauce weterynaryi, prosili ministerstwa oświaty o wyłączenie z wydziału lekarskiego, o uznanie samoistności zakładu z zatrzy-

maniem stopnia uniwersytetu i o nadanie prawa bezpośredniego znoszenia się z c. k. ministerstwem oświaty. Kwestyję wymienioną rozstrzygło ministerstwo w ten sposób, że oddzielono szkołę weterynarską od wszechnicy wiedeńskiéj i ogłoszono za szkołę specyjalną (w roku 1850), a uczniów kształcących się w nauce weterynarskiéj na 3 oddziały podzielono: 1) na konowałów, 2) magistrów weterynaryi i 3) weterynarzy. Dla uczniów należących do oddziału weterynarzy trwała nauka przez lat trzy, jako wiadomości przygotowawczych żądano ukończenia trzech klas normalnych. We dwa lata późniéj przeszedł zakład weterynarski pod zarząd ministeryjum wojny. Jednocześnie ustały wykłady dla myśliwych, masztalerzy i owczarzy; w roku 1868 wybudowano nowy budynek dla anatomii, a w roku 1877 powiększono kuźnie.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Zaraza astrachańska** nie tylko dotąd nie przekroczyła granic gubernii astrachańskiéj, ale nawet w gubernii téj ustała, lub przynajmniéj ustaje, jak wszystkie doniesienia za tém przemawiają; a fakt ten jest tém ważniejszym, o ile już od kilku tygodni w okolicach tamecznych panuje odwilż, któréj tak bardzo się obawiano. Według ogłoszenia urzędu zdrowotnego niemieckiego przypadki świeże zdarzają się tylko w okolicy południowo-wschodniéj okręgu kordonowego, a więc w okolicy najbardziéj odległéj od ostatniéj stacyi kolei Carycyna. Niema tylko pewnych wiadomości co do stanu zarazy w Kenselicaji, jedynéj miejscowości po za kordonem leżącéj, jakoteż niema wiadomości o dokonać się mającém według rozporządzenia rządowego spaleniu Wietlanki. Według depesz otrzymanych od protomedyka Biesiadeckiego komisyja lekarska międzynarodowa przybyła już do Carycyna; d. 20 lutego przedstawiła się jenerałowi Loris-Melikowowi i otrzymała od niego zapewnienie, że od 10 dni nie zdarzył się żaden przypadek zarazy. Mimoto wszystkie zarządzenia dawniejsze pozostały niezmienione i obowiązują nadal. Wyciągnięto potrójny kordon: jeden opasuje całą gubernię, drugi wszystkie te miejscowości po obu brzegach Wołgi, które były dotknięte zarazą, trzeci każdą miejscowość z osobna. W Carycyńsku i Zamianowskaji urządzono kwarantanny z 10-dniową obserwacyją. Komisyja podzieliła się na 3 grupy, z których każda objeżdżać będzie inną okolicę zadżumioną; pierwsza pod przewodnictwem prof. Hirscha udaje się do Wietlanki; druga pod przewodnictwem Biesiadeckiego zwiedzi wszystkie wioski po prawéj stronie Wołgi; trzecia, do któréj należy Dr. Rozsàhegyi, wsie leżące po lewéj stronie Wołgi; poczém wszystkie grupy zjadą się w Zamianowskaji, gdzie odbędą 10-dniową kwarantannę, a potém udadzą się do Astrachanu. Wyjazd z Carycyna miał nastąpić 25 lutego; wszyscy członkowie komisyi są zdrowi, skarżą się tylko na odwilż i drogi bezdenne. Nareszcie i rząd francuski na żądanie komitetu zdrowia zdecydował się na wysłanie delegata w osobie lekarza wojskowego Dra Zubera, docenta w szkole lekarskiéj wojskowéj, który bezzwłocznie uda się nad Wołgę.

Wiadomości ostatnie urzędowe opiewają bardzo pomyślnie. Z jednéj strony jenerał Loris-Melikow otrzymał pełnomocnictwo do zaprowadzenia sądów doraźnych na tych, którzy wykraczają przeciw przepisom kordonowym, a z drugiéj rząd przystępuje do zniesienia kordonów w tych miejscowościach, które od dni kilkunastu są wolnemi od zarazy. W Wietlance saméj już od miesiąca nie było świeżego przypadku dżumy.

Uznania godną jest rzeczą, że mimo tych pomyślnych wiadomości rządy europejskie, a nawet poszczególne kraje i miasta czynią odpowiednie przygotowania, aby nie dać się zaskoczyć od zarazy, gdyby nagle wybuchnęła silniéj. W każdym razie powinszować sobie możemy, że zaraza nie robi skoków szybkich i że skutkiem tego minął strach pierwszy, a gdzie trzeźwa zapanowała rozwaga, tam niebezpieczeństwo nie może już być tak groźném. W towarzystwach lekarskich miast główniejszych oraz w czasopismach lekarskich toczą się znowu rozprawy nad istotą choroby i stósownością środków ostrożności przez poszczególne rządy zaleconych. Rozprawy te, czy ustne czy pisemne, gdzieniegdzie są bardzo zacięte, a nawet stają się osobistemi, gdy jeden wykładający lub piszący obwinia drugiego o nieznajomość rzeczy. Nie zdajemy umyślnie sprawy z tych rozpraw, ponieważ nie możemy dopatrzeć się w nich jądra prawdy, a wycieczek osobistych rejestrować nie widzimy potrzeby: nie przywiązujemy zaś wagi do popisów teoretycznych, nie polegających na własném badaniu i mniemamy, że tylko komisyja międzynarodowa jest powołaną do rzucenia niejakiego światła na chorobę, któréj dotąd żaden prawie z żyjących klinicystów na własne oczy nie widział. O ile komisyja ta zdoła wywiązać się z ważnego swego zadania, niedaleka przyszłość okaże; w każdym razie przybywa ona na miejsce nieco za późno.

Rząd austryjacki wydał następujące rozporządzenie:

Rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 21 lutego 1879 o warunkach, pod jakiemi przepuszczeni być mogą przez granicę monarchii podróżni z Bułgaryi i ich rzeczy:

Po porozumieniu się z c. k ministerstwem spraw zagranicznych i król. węgierskim rządem zarządza się co do podróżnych przyjeżdżających z Bułgaryi do monarchii: Podróżnym przyjeżdżającym z Bułgaryi przejazd przez granicę monarchii może być dozwolony tylko w takim razie, jeżeli wykażą się potwierdzoném lub wystawioném przez c. k. reprezentacyję poświadczeniem, że w przeciągu ostatnich dni 20 przed wystawieniem lub potwierdzeniem tego świadectwa nie przebywali w okręgach o zarazę podejrzanych. Celem uzyskania tego poświadczenia ma być dostarczony wiarogodny dowód pobytu w niepodejrzanéj okolicy. Także co do okresu czasu, który upłynął od wystawienia świadectwa aż do przybycia podróżnego do granicy, nie powinna zachodzić wątpliwość powyżéj wskazana. Co do rzeczy podróżnych zastósowane będą końcowe postanowienia rozporządzenia z 2go lutego br. Dz. p. p. Nr. 18. Rozporządzenie to wchodzi w życie w ośm dni po ogłoszeniu. *Taaffe* w. r.

Namiestnictwo galicyjskie urządziło 3 nowe ekspozytury lekarskie na granicy rosyjskiéj, a mianowicie: w Skale, w Husiatynie i Bełzcu. Czynność tych ekspozytur rozpoczęła się z d. 27 lutego. W Skale pełnić będzie obowiązki lekarza dżumowego Dr. Zygmunt Dzikowski.

Jakkolwiek dowóz i przewóz przez granicę jako towaru używanych płaszczów rosyjskich, tak zwanych szyneli, poprzedniém rozporządzeniem bezwzględnie wzbronionym został, ponieważ jednak galicyjska pograniczna ludność wiejska nabywa w Rosyi płaszcze te do użycia po bardzo tanich cenach, przeto Namiestnictwo zarządziło, aby żadnéj z Rosyi przybywającéj osoby, odzianéj w szynel, bez względu, z jakiéj gubernii albo miejcowości rosyjskiéj przybywa, i czy w paszport lub tylko w przepustkę jest zaopatrzoną, nie wpuszczano na terytoryjum austryjackie bez poprzedniego poddania rzeczonego płaszcza dezinfekcyi takiéj saméj, jakiéj poddawane bywają przedmioty i suknie wierzchnie podróżnych, przybywających z gubernij rosyjskich zarazą nawiedzonych.

W Warszawie ustanowiony został komitet dla przedsięwzięcia środków na przypadek zarazy, obradujący pod przewodnictwem barona Krüdenera Komitet ten wyznaczył z grona swego komisyję złożoną z samych lekarzy, a mianowicie z Drów Baranowskiego, Chałubińskiego, Fritschego, Kośmińskiego, Kurcyusza, Libchena, Łuczkiewicza i Natansona, ze względu na potrzebę oparcia wszystkich środków na podstawie naukowéj. Komitet uchwalił również polecić właściwym organom administracyi miejskiéj zebranie dat o możliwości jak najprędszego oczyszczenia miasta i usunięcia warunków miejscowych wpływających źle na smak i skład wody służącéj do picia i przyprawy jedzenia.

Gazeta Lwowska zamiesza telegram z Carycyna z d. 25 lutego, według którego protomedyk Biesiadecki po zwalczeniu najrozmaitszych trudności i kupiwszy sobie powóz podróżny miał wjechać d. 26 do zadżumionych okolic po prawéj stronie Wołgi.

Według *Gońca urzędowego* rozpoznano w klinice prof. Rotkina w Petersburgu przypadek dżumy. Jakkolwiek o tym fakcie donosi w dodatku nadzwyczajnym dziennik urzędowy, wyczekiwać należy bliższych wyjaśnień, zanim się przypuści, że dżuma istotnie zawitała do stolicy rosyjskiéj, bo fakt ten byłby nadzwyczaj wielkiéj i smutnéj doniosłości.

* Na jedném z ostatnich posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Dr. Rothe, naczelny lekarz szpitala św. Jana Bożego, przedstawiał wyniki swych poszukiwań nad statystyką obłąkanych w Królestwie. Z poszukiwań tych widać, iż liczba cierpiących na umyśle dochodzi u nas do znacznych rozmiarów i ciągle się powiększa, co między innemi pochodzi i ztąd, że chorzy wychodzący ze szpitala pozbawieni są należytéj opieki i zajęcia i łatwo popadają w recydywę. Dlatego też Dr. Rothe przedstawił projekt utworzenia Towarzystwa opieki nad obłąkanymi wychodzącymi ze szpitala na wzór podobnych towarzystw, istniejących w innych krajach. Członkowie tego towarzystwa obowiązani byliby opiekować się chorymi, dostarczać im zajęcia i o stanie zdrowia uwiadamiać lekarza; takie stowarzyszenie uorganizowane we Francyi przez Falreta (ojca) niemałą już oddało korzyść społeczeństwu. Dr. Rothe pracę swą w téj mierze przedstawi drukiem.

* Rada jeneralna miasta Paryża przyjęła w d. 30 listopada 1878 r. projekt do prawa o przyjmowaniu podrzutków, którego główne artykuły podajemy tutaj (według Nru 8 *Medycyny*):

Art. 1. W każdym okręgu miejskim znajdować się będzie ochrona, przeznaczona do przyjmowania opuszczonych dzieci.

Art. 2. Biuro takiéj ochrony będzie miało wejście wprost z ulicy i będzie otwarte tak w dzień jak i w nocy.

Art. 3. Urzędnik przeznaczony do przyjmowania dzieci będzie zniewolony przysięgą do zachowania zupełnéj tajemnicy.

Art. 4. Jeżeli osobą oddającą dziecko będzie jego matka, w takim razie rzeczony urzędnik ograniczy się do przedstawienia jéj złych następstw z porzucenia dziecka wynikających i korzyści dlań z karmienia piersią matki; jeżeli zaś oddającą będzie osoba obca, wtedy zapisze on poprostu dziecko do księgi na ten cel przeznaczonéj. Tak w pierwszym jak i w drugim razie urzędnik nie może wywierać żadnego nacisku, pod karą złożenia go z urzędu.

Art. 5. Dzieci mogą być oddawane albo przez własne matki, które nie będą zmuszane ani do podawania swojego nazwiska ani też do podpisania protokółu przyjęcia dziecka, albo też przez osoby obce, które winny jedynie oświadczyć, czy dziecko jest już zapisane w listę stanu cywilnego lub nie.

Art. 6. Oddawanie dziecka będzie się odbywało bez żadnych świadków, jedynie w obecności i na ręce przysięgłego urzędnika: dziecko takie po otrzymaniu swego numeru, pod którym zostało zapisane, w obecności osoby go oddającéj zostanie oddaném przez tegoż urzędnika służbie w ochronie się znajdującéj.

Art. 7. Każdy, ktoby matkę wprowadzał w błąd co do następstw opuszczenia przez nią dziecka lub rozgłosił jego pochodzenie, będzie karany zamknięciem w więzieniu przez dzień 1 do 6 miesięcy; niezależnie od tego służy poszkodowanéj prawo dochodzenia straconych korzyści na drodze sądowéj cywilnéj.

Art. 8. Wszelka pomoc będzie udzielana matkom dla ułatwienia im możności karmienia dziecka własną piersią. Lecz pomoc odpowiednia nie może być oczywiście udzieloną bez powzięcia pewnych danych i dlatego urzędnik przysięgły naprzód zapowie matce żądającéj pomocy potrzebę dostarczenia mu tych danych. Przy porzuceniu (opuszczeniu dziecka) zupełném nie będą żądane ani uprzednio ani następnie żadne objaśnienia ze strony matki lub innéj osoby dziecko do takiéj ochrony oddającéj.

Art. 9. Miejsce stałego zamieszkania dziecka jest tam, gdzie ono zostało oddane.

Art. 10. Przesiedlanie go ani za granicę ani z jednego departamentu do innego nie będzie miało miejsca.

Art. 11. Kobieta spodziewająca się porodu, a nie chcąca wyjawić swojego nazwiska, będzie przyjętą do każdego zakładu położniczego pod tym jednym warunkiem, że złoży na ręce dyrektora takiego zakładu kopertę opieczętowaną zawierającą jéj nazwisko, miejsce zamieszkania, miejsce i datę jéj urodzenia. Koperta taka będzie jéj zwróconą nienaruszona przy opuszczeniu zakładu i jedynie w razie jéj śmierci może być otwartą. To wszystko w niczém nie tamuje zakładania t. zw. żłobków, których urządzenie jest już postanowioném; lecz tém zajmuje się niezależnie od Rady miejskiéj Towarzystwo opieki nad biednemi matkami i ich niemowlętami.

* Według almanachu dentystycznego Dr. Petermanna w Frankfurcie n. M. w państwie niemieckiém praktykuje 479 dentystów (pomiędzy którymi jest 8 pań), w państwie zaś austro-węgierskiem 133, razem 612 dentystów w 176 miastach. Docentów dentystyki jest 8; a mianowicie we Wiedniu 2, w Berlinie, w Gracu, Hali, Kielu i Krakowie po 1; kliniki dentystycznéj nigdzie nie ma.

— Komisyja sanitarna odbyła d. 25 b. m. pod przewodnictwem Dra Warschauera posiedzenie, na którém; 1) na wniosek Dra Korczyńskiego uchwalono: *a*) aby oddać do rozbioru chemicznego wodę ze studni na Stradomiu pod L. 4, gdzie w krótkim czasie zapadły cztery osoby na dur brzuszny; *b*) aby Magistrat polecił odbywać sekcyje policyjne w każdym przypadku bliżéj przez instrukcyję oznaczyć się mającym; 2) Przyjęto zmiany w statucie Komis. sanit., aby do niéj należeli oprócz delegata Tow. lek. 4 członkowie delegowani ze sekcyi V. i 5 członków wybranych na 3 lata z poza Rady miejskiéj na przedstawienie sekcyi V, a poświęcających się zawodom, mającym styczność z policyją zdrowotną; 3) Uchwalono na wniosek komitetu dżumowego: *a*) aby wyjednać u odpowiednich władz pozwolenie do zwiedzenia więzień tutejszych przez 2 członków Komisyi sanitarnéj; *b*) aby Zbór izraelicki w obec grozy przed dżumą nakłaniał starozakonnych do przestrzegania porządku i czystości; *c*) aby weterynarza miejskiego przydzielono do Komisyi policyjno-weterynarskiéj na kolei; *d*) aby do odwietrzania zakopywanéj padliny zakupiono chlorku wapniowego; *e*) aby zabroniono oprawcy chować trzodę; *f*) aby usunąć wady higijeniczne spostrzeżone przy lustracyi obwodu III.; *g*) aby uprosić komendę o donoszenie Magistratowi o każdym przypadku choroby zakaźnéj w wojsku; *h*) aby szynki, garkuchnie i kawiarnie na Kazimierzu pilnie oczyszczano i w godzinach oznaczonych zamykano; *i*) aby regulamin oczyszczania miasta jak najrychléj przekazano Komisyi sanitarnéj; 4) Dr. Mohr zdał sprawę ze środków zarządzonych przeciwko dżumie w Szczakowy; poczém jako jubilata obchodzącego 50-letnią rocznicę doktoratu uczczono przez powstanie. 5) Podanie Dra Tuszyńskiego o podział obwodu III. na 2 obwody oddano do opinii Kaź. Grabowskiemu.

Statystyka epidemij. W Londynie znowu przyjmuje większe rozmiary ospa. Umarło z. t. 20 a świeżo zapadło na ospę 100 osób, tak że na końcu tygodnia pozostawało 345 ospowatych w szpitalach. Także w Dublinie szerzy się więcéj ospa, umarło bowiem 27. w t. m., w Peszcie umarło 18, w Paryżu 14, w Barcelonie 15, w Petersburgu 66. Sporadycznie jawi się dur osutkowy w Wiedniu i Berlinie, Budapeszcie i Londynie, w Petersburgu umarło 6 osób (*Veroeff. d. k. deutsch. Reichsgesundh.*). *Dr. J. Buszek.*

* W Królest. Polskiém ospa panuje w powiecie płockim (22 chorych. 4 wyzdrowiało, 6 umarło, 12 pozostało), daléj w powiecie będzińskim gub. piotrkowskiéj (57 chorych, 27 wyzdrowiało, 13 umarło, 17 pozostaje), wreszcie w Kole (7 chorych, 2 wyzdrowiało, 1 umarł, 4 pozostaje). W powiecie sejneńskim gub. suwalskiéj panuje dur plamisty (44 chorych, 15 wyzdrowiało, 9 umarło, pozostaje 20), jak również w Kościelnéj wsi w Kaliskiém (11 chorych, 2 umarło, pozostaje 9).

* W Ołomuńcu ospa i płonica srożą się tak mocno, że zamknięto szkoły średnie i ludowe.

— Statystyka śmierci. W tygodniu 7 (od 9 do 15 lutego) umarło w Krakowie osób 33; męż. 25 i kob. 8; w obwodach osób 19, w szpitalach 14; roczna śmiertelność na 1000 wynosiła 30, 4; z chorób zakaźnych umarło w tymże czasie 5 osób: 2 z dławca, 1 z duru brzusznego i 1 z zapalenia nagminnego opon mózgowych.

Doniesiono do końca 8 tyg. ze szpitalów: o 1 przypadku duru osutkowego (z kryminału); o 1 przypadku ospy (w szpitalu św. Ludwika); o 1 przypadku krztuśca (z Kolonii); o 1 przyp. róży (z Grzegórzek); z miasta doniesiono o 1 przyp. duru brzusznego (z ul. Grodzkiéj l. 86) i o 1 przypadku ospy (z ul. Floryjańskiéj l. 325).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków.** d. 27 lutego. Dr. H. Dobrzycki z Mieni pod Warszawą w liście otwartym, napisanym do Redaktora „Medycyny,“ zwraca uwagę stanu lekarskiego na zbliżający się termin uczczenia półwiekowych zasług Kraszewskiego. Żąda

on, aby stan lekarski nie ograniczał się do popierania wydawnictw jubileuszowych, lecz podobnie jak inne zawody i stowarzyszenia wystąpił czynnie jako korporacyja, a to głównie dla okazania pewnéj wdzięczności, jaką lekarze dla Kraszewskiego mieć winni. „Nie mało on bowiem przyczynił się swemi arcytworami do sprostowania wielu błędnych pojęć, jakie ogół o lekarzach sobie wyrobił: obrazami pełnemi prawdy i siły przekonał on iż trup, skalpel i ciągły cierpień ludzkich widok, bynajmniéj poczucia ludzkości w lekarzach nie ostudzają. Ile razy w powieściach jego występuje lekarz, prawie zawsze niezależnie od człowieka nauki jest on przyjacielem, opiekunem i pocieszycielem cierpiącego; zawsze w jego piersi szlachetne bije serce. Tak pojęte i przedstawione zadanie lekarza, stokroć więcéj niż sama nauka stanowi lekarskiemu dodaje blasku. A chociaż w rzeczywistości może nieco inaczéj jak w powieści bywa, to jednak samo już podobnych postaci tworzenie na najżywsze zasługuje uznanie.“ Zdaniem Dra Dobrzyckiego Tow. lekarskie warszawskie powinno się porozumieć z innemi towarzystwami, aby w imieniu wszystkich lekarzy polskich coś w tym względzie postanowić.

Myśli tu wyrażonéj przyklasnąć tylko możemy, a niewątpimy, że tow. lekarskie krakowskie nie odmówi swego współudziału, który powinien być tém znaczniejszym, o ile uroczystość jubilejuszowa odbędzie się w Krakowie.

= We wtorek d. 25 lutego rb. obchodził pięćdziesięcioletni jubileusz swego zawodu lekarskiego Dr. Michał Mohr fizyk m. Krakowa. Urodzony w pierwszych latach bieżącego stulecia, po ukończeniu nauk lekarskich w Uniw. J. K., złożeniu egzaminu i napisaniu rozprawy p. t. *De Medicamentis neotericis, illorum virtutibus, usu et modo praeparationis*. Kraków 1829, 8ka str. 84, otrzymał stopień Doktora medycyny i chirurgii, a wkrótce mianowany został fizykiem m. Krakowa, przyczém przez pewien czas pełnił obowiązki lekarza ordynującego w szpitalu św. Ducha w oddziale chorych syfilitycznych i obłąkanych. Prócz rozprawy inauguralnéj napisał Przepisy przyrządzania i użycia wielu nowszych lekarstw dla użytku lekarzy i chirurgów. Kraków 1836, 8ka s. VIII i 122, przetłumaczył z niemieckiego rozprawę Torosiewicza p. t. Wody mineralne szczawnickie w król. Galicyi itd. Kraków 1840. 8ka str. 24, oraz w Pamiętniku farmaceutycznym Sawiczewskiego zamieścił kilka mniejszych rozprawek jak: Dwa przypadki otrucia przez opium (1836) itd. W dniu obchodu w południe złożyli osobiście życzenia jubilatowi w imieniu uniwersytetu rektor prof. Szujski, dziekan wydziału lek. prof. Madurowicz i sekretarz prof. Oettinger, a w imieniu towarzystwa lek. prezes Dr. Ściborowski i sekretarz stały Dr. Pareński.

* Dr. Ferdynand Obtułowicz, lekarz powiatowy w Turce, mianowany lekarzem powiat. w Cieszanowie, na prośby gminy i rady powiatowéj i za zezwoleniem Namiestnictwa pozostaje nadal na swojéj posadzie w Turce, a skutkiem tego Dr. Adolf Wurst przeniesiony został jako lekarz powiatowy do Cieszanowa.

* Dowiadujemy się, że Dr. Niedźwiecki, lekarz powiatowy w Grodku, objąwszy posadę nabawił się w służbie ciężkiego duru plamistego, że jednak obecnie już jest rekonwalescentem.

* P. Jan Wieluch, uczeń 5go roku medycyny, mianowany został 2gim asystentem przy katedrze anatomii opisowéj w tutejszym Wydz. lek.

* Stan rzeczy w Cieplicach czeskich do téj chwili jeszcze się nie zmienił, jakkolwiek zdaniem prof. Suessa, który udał się na miejsce, widoki są pocieszające: uczony ten przemawia za natychmiastowém pogłębieniem źródła o 24 metrów.

* **Mianowania i odznaczenia**. Lekarz pułkowy Dr. Amrusch mianowany został radcą namiestnictwa i referentem spraw lekarskich przy rządzie krajowym bośniacko-hercogowińskim. — Dr. Gavaret mianowany został jeneralnym inspektorem wyższego wychowania lekarskiego w Paryżu (po zmarłym profesorze Chauffard).

Nekrologija. Kajetan P. Stański Dr. med. zmarł w Paryżu d. 15 lutego rb. licząc lat 75. Był on ozdobiony krzyżem legii honorowéj za prace swoje naukowe, z których główniejsze są: 1) *Recherches sur les maladies des os*. 2) *Sur les Hémorrhagies opiniâtres à la suite de l'amputation des amygdales*. 3) *Lettres sur la cause principale des mortes subites survenues pendant l'inhalation de chloroforme*. 4) *De la contagion dans les maladies*. 5) *Le Choléra est il contagieux?* 6) *Examen critique des diverses opinions sur la contagion du choléra*. 7) *De la contagion dans les épidémies*. 8) *De la spontanéité de la matière dans les manifestations physiques et vitales*. 9) *Nouvelles etudes sur la spontanéité de la matière*. 10) *Les conclusions du congrès sanitaire internationale de Vienne*. 11) *La contagion du Choléra devant les corps savants*. 12) *Un mot à propos de la discursion à l'academie de medecine sur le cholera de 1873*. 13) *De l'inutilité d'isoler les malades dans les hôpitaux*. 14) *De la contagion de la variole 1877*. Pisywał do dzienników lekarskich: *l'Union médicale*, i *Le Moniteur des Hôpitaux*. Przez swoją wytrwałą pracę doszedł do znacznego majątku i posiadał piękny księgozbiór. Pokój jego cieniom!

Dr. Riedmüller.

* Zwrócono nam uwagę, że Drowi Lubelskiemu, o którego śmierci w numerze przeszłym wspomnieliśmy, było na imię nie Wilhelm, lecz Filip. Dr. Wilhelm Lubelski (syn) żyje. Prostujemy niniejszém tę pomyłkę.

* **Konkurs**. Przy szpitalu powszechnym w Tarnowie posada sekundaryjusza (400 zła. rocznie z pomieszkaniem, opałem i światłem); podania do 15 marca do magistratu m. Tarnowa.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 8: Dra Wygrzywalskiego: Z zapisek szpitalnych; Mendelsohna: Spostrzeżenia lekarskie w Algieryi (c. d.); Zieleniewskiego: O ruchu i rozwoju c. k. zakładu zdrojowego w Krynicy (c. d.); — w *Medycynie* Nr. 8: Sokołowskiego: O chorobach krtani i gardzieli wikłających suchoty płucne (c. d.); Sznabla: Przyczynek do działania chininy i arszeniku na serce i tętno.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 5 marca o godz. 5téj posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Zarewicz odczyta pierwszą część swéj pracy: O znakach rozeznawczych wrzodów kiłowych, 2) kol. Blumenstok poda kilka uwag sądowolekarskich.

Sprostowanie. W spisie członków korespondentów Tow. lek. krak. dodanym do Sprawozdania z r. 1878, po nazwisku Dr. Trembecki Onufry w Nowym Sączu opuszczono: *w lecie w Szczawnicy*.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Igu Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
		w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 8 marca 1879. №. 10. Rok XVIII.

I. Przyczynek do terapii chorób układu nerwowego.

Skréślił Dr. **Stanisław Domański,**
Docent we Wydziale lekarskim Uniw. Jagiel.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9.)

Do ogólnych kąpieli elektrycznych użyć można wanny zwyczajnéj, drewnianéj, metalowéj lub porcelanowéj wodą zwykłą napełnionéj. Odosobnienie nie jest potrzebne, bo według praw fizycznych prąd elektryczny krąży w kole między biegunami i musi całém swém natężeniem przechodzić przez pacyjenta, jeżeli ten znajduje się w kole przerzeczonėm. W razie użycia wanny metalowéj wystarczy połączyć z nią jeden biegun a biegun drugi wilgotny polecić trzymać choremu po nad wodą. Jeżeli wanna jest drewniana lub porcelanowa, biegun jeden odpowiednio zakończony np. w blachę metalową wkłada się do kąpieli, gdy biegun drugi tak jak poprzednio trzyma chory w ręce. Im mniej wody w kąpieli, tém ze znanych powodów fizycznych silniejszém jest działanie prądu elektrycznego na części zanurzone, tém więcéj kąpiel elektryczna ogólna zbliża się do miejscowéj. Oczywistą jest rzeczą, że zamiast trzymać w ręce można biegun przykładać do rozmaitych miejsc skóry w wodzie niezanurzonych.

Wrażenie, jakiego doznają chorzy w takiéj kąpieli, zgadza się najzupełniéj ze znanemi prawami fizycznemi i fizyjologicznemi. Tak mianowicie biegun umieszczony w wodzie lub połączony z wanną (metalową) prawie całkiem czuć się nie daje a to dlatego, ponieważ elektryczność wchodząc do ustroju przez wodę a zatém drogą bardzo szeroką tak mało drażni miejscowo skórę i jéj nerwy czuciowe, że drażnienie to przy użyciu zwyczajnych w terapii prądów bynajmniéj znacznėm być nie może. Możemy więc tym sposobem używać prądów stósunkowo bardzo mocnych. Naodwrót działanie bieguna trzymanego w ręce jest mocne raz dlatego, ponieważ biegun jest wilgotny, powtóre, ponieważ opór w skórze zanurzonéj w wodzie jest bardzo mały, potrzecie, ponieważ elektryczność wąską tu stosunkowo płynie drogą a zatém w tém miejscu znaczne ma natężenie. Dlatego to prąd galwaniczny z pewnéj liczby ogniw, który na nerwy czuciowe widocznie nie działa, mocne wywołuje swędzenie lub palenie. Toż samo dotyczy bieguna przyłożonego do innego miejsca skóry w wodzie niezanurzonego.

Kąpiele elektryczne miejscowe są po prostu przyłożeniem biegunów zwyczajnych wodą przedłużonych. Do kąpieli takich można użyć albo dwóch naczyń z wodą, albo jednego tylko naczynia a drugiego reoforu zwyczajnego. Tak np. jeżelibyśmy chcieli elektryzować przez wodę naraz obiedwie odnogi górne, wypadałoby każdą zanurzyć w naczynie z wodą zupełnie osobne i izolowane, a reofory w sposób już podany zakończone blachami wpuścić do wody. Można tu miéć nader rozmaite stósownie do potrzeby kombinacyje a tém samém prądowi elektrycznemu do pewnego stopnia wskazywać drogę. Toż samo dotyczy użycia jednego naczynia z wodą a drugiego bieguna zwyczajnego, przezco można zastósować prąd o zmiennėm natężeniu lub przerywać go dowolnie.

O wartości każdego środka, każdego nawet sposobu leczniczego rozstrzyga ostatecznie i jedynie doświadczenie. Dlatego na zakończenie pozwolę sobie przytoczyć kilka przypadków z własnéj obserwacyi.

Kąpieli elektrycznych miejscowych używałem głównie do leczenia uporczywych bólów nerwowych tam, gdzie inne środki albo wcale nie albo bardzo mało tylko pomagały. We wszystkich przypadkach używałem poprzednio wytrwale przez czas dłuższy prądu galwanicznego przykładając biegun dodatny do skóry nad nerwem bolącym, biegun ujemny zaś do miejsca obojętnego. Dopiero gdy ta metoda zawodziła, brałem się do przerzeczonych kąpieli w ten sposób, że blachę metalową połączoną z biegunem ujemnym wkładałem do miednicy z wodą letnią, w któréj zanurzał pacyjent rękę lub nogę, biegun zaś dodatny przykładałem lub w razie większéj rozległości bólu posuwałem zwolna w okolicy bolącego nerwu. Posiedzenie każde trwało od 10 do 20 minut. O przechodzeniu mocnego prądu przekonywało mocne zboczenie igły magnetycznéj i właściwe każdemu biegunowi działanie na skórę. Skutek po kilku pierwszych posiedzeniach bywał

zazwyczaj wątpliwy, lecz za to okazywał się późniéj bardzo wybitnie do tego stopnia, że po kilkunastu kąpielach chorzy uważali się za prawie zupełnie zdrowych. Tak postępując udało się znacznie bardzo złagodzić a raczéj doprowadzić do śladów ból nerwowy 2giéj gałęzi nerwu troistego trwający od lat 5ciu po 15 posiedzeniach a polepszenie to utrzymuje się dotąd przez 8 tygodni. Tym samym również sposobem stósując 20 razy prąd galwaniczny bez żadnych innych środków zgubiono prawie całkowicie uporczywy ból nerwowy także nerwu troistego od 8 lat trwający u osoby przeszło 70 lat mającéj, u któréj przedtém sam używałem prawie bez widocznego skutku najrozmaitszych środków a między niemi kilkadziesiąt razy zwykłym sposobem prądu galwanicznego.

Na szczególniejszą uwagę zasługiwałby przypadek przewlekłego gośćca stawowego ze zajęciem wszystkich prawie stawów a nawet chwilowo i szwów czaszkowych u zdrowéj zresztą kobiety w średnim wieku, u któréj najdoświadczeńsi koledzy używali kolejno 36 *(sic)* leków i środków rozumowo wskazanych bez skutku, gdzie użyłem jedynie na próbę i na usilne prośby pacyjentki prądu galwanicznego w kąpieli w ten sposób między innemi, że według miejsca największych bolów albo obiedwie stopy albo jedna ręka i jedna noga, albo obiedwie ręce zanurzano w wodzie w naczyniach odosobnionych, w których znajdowały się bieguny od bateryi galwanicznéj. Ponieważ pacyjentka znękana 14 miesięcznem cierpieniem zgadzała się na terapiję jak najenergiczniejszą, używałem prądów coraz mocniejszych i tak doszliśmy wkrótce do 70 *(sic)* ogniw, które oczywiście nie odrazu lecz tylko kolejno włączano a po kąpieli wyłączano. Już po kilku minutach przeprowadzania takiego prądu występowało w częściach zanurzonych naprzód mocne swędzenie, a następnie palenie obok wysypki pęcherzykowéj na skórze mniéj lub więcéj zaczerwienionéj. Kąpiele takie przez godzinę a nieraz i dłużéj używane nie wpływały szczególniéj na obrzmienie, jak o tém przekonywano się mierzeniem, lecz prawie zawsze na kilka lub kilkanaście nawet godzin w uderzający sposób poskramiały wszelkie bóle w stawach, wystawianych na działanie elektryczności i dozwalały ruchów o wiele swobodniejszych. Wprawdzie polepszenie to mijało późniéj nie trwając w całéj pełni do następnéj kąpieli, atoli zawsze ostatecznie po kilkunastu kąpielach bóle zmniejszyły się stanowczo i trwale a chora mimo, iż obrzmienie utrzymywało się, mogła chodzić jako tako i używać rąk przynajmniéj do niektórych lżejszych czynności.

Nakoniec kąpiele elektryczne ogólne okazywały się skutecznemi przeciw nader dolegliwym parestezyjom w przebiegu arsenicy przewlecznéj.

Szczegółowo przypadków powyższych nie opisuję, ponieważ były to pod względem leczenia więcéj pobieżne próby niż ścisłe obserwacyje, próby, w których chodziło raczéj o rezultat ostateczny, niż szczegółowy przebieg pod wpływem terapii, a po 2gie, że polepszenie następowało w bólach nerwowych zwolna tylko i bardzo nieznacznie od jednego do drugiego dnia. Nie omieszkam atoli w przyszłości robić dokładnych doświadczeń i z nich zdać w swym czasie sprawę Czytelnikom Przeglądu Lek.

Z doświadczeń powyższych wnosiłbym, że

1) Zabieg terapeutyczny, o którym mowa, zasługuje na dalsze próby, mianowicie celem oznaczenia, w jakich przypadkach należy go użyć i dowiedzenia się, jak trwałego skutku po nim spodziewać się można.

2) Okoliczność, że kąpiele elektryczne skutkowały przy najmniéj czasowo tam, gdzie zwykłe używanie elektryczności albo nic albo bardzo mało pomagało i to skutkowały zwolna, przemawia za tém, że polepszenie nie było tylko przypadkowém, i że kąpiele elektryczne, jak to ostatecznie z fizyki wypada, są tylko modyfikacyją w stósowaniu elektryczności, która tak samo jak każdy inny środek leczniczy może zawieść w swych skutkach.

3) Niewątpliwą, choćby tylko czasową skuteczność kąpieli elektrycznych przeciw bólom nerwowym w wymienionych pokrótce przypadkach przypisywać można albo temu, że się do nich używa prądów o tak znacznem natężeniu, którychby chorzy przy zwyczajném elektryzowaniu przynajmniéj w okolicy bieguna ujemnego nie znieśli, że zatém rychlejszy i większy skutek pochodzi od mocniejszego prądu, i to jest najpodobniejszém do prawdy, albo że działanie każdego bieguna z osobna jest w kąpieli wybitniejsze, niż przy użyciu sposobów zwyczajnych, tj. jeżeli w prądzie galwanicznym skutecznym jest nie kierunek, lecz właściwe każdemu biegunowi a znane z fizyjologii działanie, to działanie w kąpielach elektrycznych jest mocniejsze w równych zresztą warunkach, niż przy zwyczajném elektryzowaniu.

II. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków
napisał prof. Dr. **Blumenstok**.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9.)

Orzeczenie nasze opiewało jak następuje:

I. Na ciele Tekli N. znaleźliśmy niezwykle liczne i różnorodne obrażenia, w rozmaity sposób powstałe. Zastanawiając się atoli nad niemi dokładnie dochodzimy do przekonania, że wszystkie te obrażenia, zdziałane za życia przez osobę trzecią, mogły być i najprawdopodobniéj zostały zadane przez jednę osobę, w bardzo krótkim czasie i z największą zajadłością, w wyraźnym zamiarze zgładzenia ofiary; nadto w sposób prosty możemy uprzytomnić sobie koléj, w któréj wszystkie te obrażenia zadanemi zostały.

II. Stwierdzamy nasamprzód, że Tekla N. mimo swych 65 lat była osobą dobrze odżywioną i względnie zdrową, i że umarła śmiercią gwałtowną, nagłą.

III. Przyczyną nagłéj jéj śmierci był krwotok wewnętrzny w jamie piersiowéj, powstały skutkiem przedarcia wielkiéj tętnicy i worka sercowego, zmiażdżenia części płuca prawego i przedarcia tchawicy, oraz złamania mostka, obojczyka lewego i kilkakrotnego złamania 18 żeber. Obrażenia te były bezwzględnie śmiertelne i śmierć natychmiastową wywołać musiały.

IV. Spustoszenia wewnętrzne tak liczne i znaczne zdarzają się tylko w kilku przypadkach wyjątkowych, dokładnie prawie wyliczyć się dających, a mianowicie: *a)* jeżeli człowiek spada ze znacznéj wysokości, *b)* jeżeli przygnieciony zostaje znacznym ciężarem, *c)* jeżeli się dostaje pod koła ciężkiego wozu, *d)* jeżeli ugnieciony zostaje kolanami człowieka silnego.

V. Z przypadków właśnie wyliczonych możemy wykluczyć przedewszystkiém dostanie się pod ciężki wóz, ponieważ tu o nim niema mowy. Wykluczamy następnie spadnięcie ze znacznéj wysokości, bo największa wysokość w chałupie wynosiła 2 metry, a więc spadnięcie ze strychu nie mogłoby takich zmian wywołać. Wykluczamy wreszcie przy-

tłoczenie wielkim ciężarem, bo takiego ciężaru również nie było w domostwie; skrzynia zaś znaleziona na trupie, a ważąca 40 kilogr., jest za nadto lekką do wywołania podobnych uszkodzeń. Zresztą o skrzyni téj późniéj będzie mowa. Tym sposobem już drogą wykluczenia dochodzimy do wniosku, że uszkodzenia śmiertelne Tekli N. zdziałane zostały skutkiem ugniecenia kolanami.

VI. Przypuszczenie to nabiera pewności, jeżeli uwzględnimy złamania, i to wielokrotne, 18 żeber, mostka i obojczyka, ponieważ obrażenia te w danym przypadku, gdy o dostaniu się Tekli N. pod koła ciężkiego wozu mowy niema, tylko kolanami zdziałane być mogły, a sińce na obydwóch sutkach (*b*, *g* i *k*) połączone ze znacznem podskórnem wylaniem krwi, a więc powstałe za życia, jakby celem utwierdzenia nas w tém przekonaniu przedstawiają odbicia kolan klatkę piersiową ugniatających. Z tego jednak nie wynika, że działanie kolan ograniczyło się do okolic sutkowych, owszém sutki były niejako punktem zaczepnym, a począwszy od nich kolana przesuwać się musiały na dół i w górę, bo tylko tym sposobem tłumaczyć sobie można złamanie tylu żeber, następnie znaczne wynaczynienie krwi pod skórą okolicy mostkowéj (*b*, *f*), oraz złamanie mostka i obojczyka lewego z jednéj, a złamanie tylu żeber z drugiéj strony. Złamania te i sińce mocne świadczą zarazem, że sprawca uszkodzenia użył wielkiéj siły w celu tém prędszego zabicia ofiary.

VII. Jakkolwiek obrażenia dotąd wyliczone i połączony z niemi krwotok będący następstwem wielokrotnego przeszycia opłucny ściennéj (22) razem wzięte mogłyby wywołać śmierć Tekli N., to jednak do śmierci jéj szybkiéj przyczyniły się nierównie ważniejsze, bezwzględnie śmiertelne uszkodzenia. Temi są: *a)* przedarcie tchawicy (23), *b)* przedarcie tętnicy bezimiennéj (26), *c)* przedarcie worka sercowego (27), *d)* częściowe zmiażdżenie płuca prawego (24), a w następstwie tych wszystkich obrażeń *e)* wylanie wielkiéj ilości krwi do o worka opłucnowego, czyli krwotok wewnętrzny.

Pomimo silnego ugniecenia klatki piersiowéj kolanami obrażenia właśnie wyliczone są zjawiskiem rzadkiém, na wytłumaczenie którego samo ugniatanie kolanami nie wystarcza. Musimy więc zboczyć od porządku i wspomnieć naprzód o innych jeszcze obrażeniach, nie kolanami, lecz w inny sposób wywołanych.

VIII. W okolicy kąta prawego żuchwy znaleziono dwa, a na szyi po stronie prawej 4 otarcia okrągławe, wielkości grochu (6, *c* i *d*), wreszcie nad kątem lewym żuchwy siniec wielkości półcenta (6, *i*); wszystkie te otarcia i sińce były krwią podbiegnięte, a więc powstały za życia Nowakowéj. Obrażenia te odpowiadają brzuścom palcowym ręki ludzkiéj, któréj 4 palce przypadały po prawéj stronie szyi, a jeden (duży) po stronie lewéj szyi denatki: palce po stronie prawéj musiały się przesuwać z góry na dół (od żuchwy ku szyi) i z tyłu naprzód, skąd powstało aż 6 otarć. Obrażenia te świadczą więc o dławieniu palcami, a temu gwałtowi odpowiada język wklinowany między zęby (10), oraz różowawe zabarwienie błony śluzowéj krtani (21).

IX. Ponieważ tak dławienie, jakotéż ugniecenie kolanami klatki piersiowéj odbyło się za życia, jedno i drugie zaś było zdolném szybką wywołać śmierć, więc oba te akty musiały być jednoczesnemi. Jednoczesność ta tłumaczy nam możebność powstania owych niezwykłych obrażeń wewnętrznych. Jeżeli bowiem człowiek klękający na Tekli N. ugniatał silnie kolanami swemi klatkę piersiową jéj, a równocześnie ręką mocno dławił szyję, wypychając ją zarazem mocno ku górze, nastąpić mogło przedarcie tchawicy i ważnéj tętnicy, zwłaszcza gdy klatka piersiowa w wielu miejscach złamana już oporu znacznego nie stawiała, tak że kolano mogło wgnieść ścianę przodkową na wewnątrz i pośrednio wywrzeć ucisk silny na płuco prawe oraz na tchawicę i tętnicę.

X. Wszystko więc przemawia za tém, a nie przeciwko temu, że Tekla N. w dwójnasób była duszoną, a mianowicie przez dławienie szyi palcami rąk i przez ugniecenie klatki piersiowéj kolanami i że uległa temu jednoczesnemu skombinowanemu gwałtowi, do wywarcia którego wystarczał jeden człowiek silny.

XI. Tekla N. umarła zatém z krwotoku wewnętrznego, wywołanego dławieniem i duszeniem kolanami; jednak w danym przypadku śmierć ostatecznie nastąpiła nie z uduszenia lecz z ujścia krwi, a przynajmniéj krwotok czyni niepodobném rozpoznanie uduszenia.

XII. Wreszcie znaleźliśmy przy sekcyi jeszcze jeden szereg uszkodzeń, który inne znów ma znaczenie. Do tych uszkodzeń należą: *a)* nagromadzenie obfitéj warstwy krwi skrzepłéj pomiędzy skórą czaszkową a czaszką (11), *b)* podbiegnięcie krwią mięśnia skroniowego lewego (16) i *c)* ograniczony udar włosowaty w półkuli mózgowéj lewéj (14).

Zmiany te pozostają ze sobą w ścisłym związku i świadczą o wstrząśnieniu czaszki. Wstrząśnienie takie powstaje w skutek silnego uderzenia głowy ciałem tępém lub téż w skutek uderzenia się głowy o takie ciało. Ponieważ w danym przypadku na zewnętrznéj powłoce czaszki nie było śladu obrażenia, o wiele prawdopodobniejszą jest rzeczą, że wstrząśnienie powstało w skutek uderzenia się Tekli N. o ciało tępe, a więc najprawdopodobniéj skutkiem upadnięcia na podstawę twardą. Tekla N. upadła zapewne lewą połową ciała, a w takim razie do upadnięcia dałyby się odnieść i 3 sińce znalezione na grzbiecie ramienia lewego (6, *l*), choć sińce te, jak późniéj wspomnimy, mogą mieć inne jeszcze znaczenie.

XIII. Wyświeciwszy znaczenie i powstanie wszystkich obrażeń i zmian przechodzimy do przedstawienia sposobu i kolei, w jakiéj napaść się odbyła, oczywiście o ile na to na podstawie kombinacyi zdobyć się możemy.

a) Przedewszystkiém zdaje się być rzeczą pewną, że Tekla N. została napadniętą i zamordowaną w sieni, w któréj ją znaleziono, jakkolwiek prawdopodobnie nie na tém miejscu gdzie leżała, tylko nieco daléj, gdzie znaleziono trochę ziarna i plew i gdzie znajdować się miały obfite ślady krwi. Wprawdzie tych śladów krwi już nie widzieliśmy, ale że to podanie świadków jest wiarogodne, wynika stąd, że *a)* na trupie znaleziono ślady krwotoku z nosa (4); *b)* że na wstążce od paciorków znajdowały się plamy czerwonawe, które pochodziły od krwi, jak badanie nasze, osobno uskutecznione, wykazało.

Krwotok ten nosowy (bo skądinąd krew broczyć nie mogła, gdy na ciele ran nie było), wystąpił albo w chwili krótkiego konania, albo dopiero po śmierci; gdy zaś trupa znaleziono w niejakiém oddaleniu od miejsca, gdzie plamy krwawe widziano, więc wynika ztąd, że w chwili śmierci, a może i po śmierci przez jakiś czas Tekla N. leżała bliżéj tego miejsca, a potém dopiero odsuniętą została, przyczém i grzbiet ręki jéj lewéj, która właśnie skierowaną była ku temu miejscu, mógł się krwią powalać (7).

b) Napad w sieni rozpoczął się znienacka albo od uchwycenia za gardło, albo od silnego szturknięcia w okolicę mo-

stka, za czém przemawiać się zdaje rozległy siniec tamże napotkany; w skutek czego Tekla N. upadła na ziemię twardą i uderzywszy się mocno w lewe ciemię doznała wstrząśnienia czaszki i małego udaru mózgowego; z powodu udaru musiała stracić przytomność, tak że do obrony dalszéj już zdolną nie była.

c) Na leżącą już na ziemi sprawca rzucił się, tratując ją kolanami, oraz dławiąc szyję za pomocą ręki, najprawdopodobniéj lewéj, jak za tém przemawia ułożenie sińców i otarć po obydwóch stronach szyi.

d) Napaść cała trwała bardzo krótko i śmierć też bardzo szybko nastąpić musiała.

e) Zmarłą sprawca odsunął trochę na bok, to jest na miejsce, gdzie ją potém znaleziono, a następnie położył na niéj skrzynię, zapewne celem wzbudzenia domysłu, że Tekla N. zabitą została przez spadnięcie na nią téj skrzyni.

XIV. Wykluczamy stanowczo możebność, jakoby Tekla N. zabitą została przez spadnięcie na nią téj skrzyni, albowiem:

a) przekonaliśmy się naocznie przez próbę umyślnie uskutecznioną, że skrzynia niemogła przypadkiem spaść z strychu, a nawet jeżeli przez człowieka na strychu stojącego popychaną była, zatrzymywała się w otworze sufitu i dopiero przy usiłowaniu dłuższém nieco udało się strącić ją przez otwór.

b) gdyby skrzynia była spadła na Teklę N. żyjącą i stojącą, mogłaby ją niezawodnie powalić a nawet i zabić; jednak żadną miarą nie byłaby zdołała takich spustoszeń wewnętrznych zdziałać (z powodu lekkości swéj), a tém mniéj wywołać tak liczne złamania żeber, już nie mówiąc o śladach dławienia na szyi, a wreszcie niepodobném by było takie położenie trupa i takie na nim ułożenie skrzyni;

c) gdyby skrzynia była spadła na Teklę N. wprawdzie na wznak leżącą i już ciężko skaleczoną, ale jeszcze żyjącą, byłyby pozostały jakieś ślady na jéj ciele przemawiające za uderzeniem ofiary jeszcze żyjącéj:

d) głównie zaś przemawia przeciw spadnięciu skrzyni na Teklę N. żyjącą jeszcze okoliczność, że jak wyżéj powiedzieliśmy, Tekla N. nie na tém miejscu życie postradała, gdzie ją ze skrzynią na niéj leżącą znaleziono.

XV. Z tych powodów nie zdaje nam się nawet prawdopodobném, że skrzynia spadła na zmarłą Teklę N. wprost ze strychu, lecz większe przemawia za tém prawdopodobieństwo, że skrzynia poprostu przesuniętą została na trupa i ustawioną była na jego klatce piersiowéj.

XVI. Okoliczność, że żołądek Tekli N. znaleziono wypełniony resztkami potraw (32), dowodzi, że śmierć jéj nastąpiła co najwięcéj w parę godzin (2 — 3) po ostatniém jedzeniu.

XVII. Tekla N. napadnięta nagle i powalona na ziemię nie mogła stawiać oporu znaczniejszego; na rękach jéj nie było śladu obrażenia; co najwięcéj mogłyby sińce na ramieniu lewém (XII) przemawiać za tém, że zrazu się broniła i podczas obrony obrażenia te poniosła.

XVIII. Z tego powodu sprawca nie mógł ponieść znaczniejszych uszkodzeń z walki pochodzących; co najwięcéj mógł mieć na rękach nieznaczne i powierzchowne uszkodzenia, jak otarcia przyskórka, zdrapania itd.

XIX. Ponieważ, jak powiedzieliśmy wyżéj (VIII, *a*) ran broczących na trupie nie znaleziono, a krwotok z nosa powstał najprawdopodobniéj w ostatnich chwilach życia lub dopiero po śmierci Tekli N., więc sprawca nie musiał być krwią zbroczony. Co najwięcéj mógł nieco powalać się krwią wśród przesunięcia trupa lub podniesienia paciorków denatki.

Rozprawa przeciw Michałowi N., oskarżonemu o zamordowanie swéj matki, odbyła się przed trybunałem przysięgłych w dniu 27 — 29 września 1877. Pomimo, że oskarżony do ostatniéj chwili wypierał się czynu, przysięgli nabyli przekonania o jego winie, a Sąd skazał go na karę śmierci przez powieszenie, która to kara następnie zamienioną została na d o ż y w o t n i e ciężkie więzienie.

Winowajca został skazany, ale nieprzyznanie się jego pozbawiło nas możności pouczenia się, ażali rozpoznanie nasze, oparte na kombinacyi sądowolekarskiéj, było trafném, lub nie. Rozpoznanie i kombinacyja nasza opierały się na dojrzałém rozważeniu wszystkich okoliczności; mniemam przeto, że do innych wniosków niemożna było dojść. Jakkolwiek możebném byłoby jeszcze przypuszczenie, że Tekla N. naprzód strąconą została ze strychu, a potém dopiero traktowaną w sposób wyżéj wyłuszczony, to jednak przypuszczenie to byłoby prostym domysłem, uzasadnić się należycie niedającym, a zresztą w niczém nie zmieniłoby ono rzeczy, ponieważ mojém zdaniem stanowczo wykluczyć wypadało możebność powstania ciężkich zmian wewnętrznych skutkiem spadnięcia z wysokości, zaledwie 2 metry wynoszącéj. A ponieważ tu mowy być niemogło o spadnięciu z bardzo znacznéj wysokości lub przejechaniu bardzo ciężkim wozem, w których to razach tak ciężkie zmiany wewnętrzne nie należą do rzadkości, więc przypadek tu opisany jest pouczającym z tego właśnie powodu, że wykazuje, iż ręce i nogi jednego człowieka wystarczają do wywołania tak licznych i tak znacznych obrażeń, jeżeli jedne i drugie działają równocześnie. W literaturze sądowolekarskiéj nadaremnie oglądałem się za przypadkiem podobnym; zdaje się, że podobna zaciekłość w napadzie i podobne skutki w każdym razie są rzadkie.

III. Oceny i sprawozdania.

R. V i r c h o w: **O dżumie.**

W wykładzie mianym d. 19 lutego rb. w towarzystwie lek. berlińskiém wielki badacz tłumaczy się naprzód, że mówi o przedmiocie, którego nie zna opierając się tylko na podstawie analogii między dżumą a innemi, dokładnie znanemi chorobami. W literaturze dżumowéj uderzają twierdzenia całkiem sprzeczne, kontagioniści i antikontagioniści obrzucają się błotem; ostatnie i najdokładniejsze prace pochodzą z Egiptu, ale właśnie prace te B u l a r d a, C l o t-b e y a, L a c h è z a, G a ë t a n i e g o, A u b e r t a i P r u n e r a, nie zgadzają się ze sobą, a ogłoszone zostały nadto w czasie, gdy obecna metoda badania dopiero zaczęła się rozwijać. Rządy europejskie popełniły błąd, że w ostatnich latach nie wysłały klinicystów i anatomów do Mezopotanii i Resztu dla badania dżumy, gdy jeszcze nam nie groziła.

Nie ulega wątpliwości, że w dżumie zasługują głównie na uwagę d y m i e n i c e, lecz wątpliwą jeszcze jest rzeczą, czy one są konieczną częścią składową choroby i czy przypadki bardzo ostre dżumy nie przebiegają bez dymienic. Nie rozchodzi się tu tylko o gruczoły zewnętrzne, namacalne, gdyż pewną jest rzeczą, że w miarę zajęcia szczególnych

okolic ciała zapadają i odnośne gruczoły. Idzie tylko o to, czy w dżumie tak jak w durze brzusznym cierpienie gruczołów jest warunkiem koniecznym obrazu chorobowego, czy można powiedzieć o dżumie, jak mówimy o durze brzusznym: gdzie dur, tam istnieje szczególne zajęcie gruczołów i naodwrót. Wątpliwość co do zajęcia gruczołów w dżumie jest naturalną, bo dopiero od kilkudziesięciu lat odmieniły się zapatrywania na budowę gruczołów limfatycznych. Opierając się atoli na sprawozdaniach dawniejszych można przypuścić, że dymienica dżumowa polega również na hyperplazyi komórkowéj, połączonéj z mniejszém lub większém przekrwieniem i wynaczynieniem.

Trudniejszém jest rozstrzygnięcie pytania, jakim sposobem dymienica dżumowa przechodzi w owrzodzenie? W durze brzusznym gruczoł limf. przechodzi w ropienie w taki sam sposób, w jaki powstaje wrzód durowy w jelicie: nasamprzód pojawia się suche nekrotyczne jądro, a naokoło niego rozpoczyna się ropienie, jednak wśród tkaniny gruczołowéj. Autorowie, którzy pisali o dżumie, wspominają przeciwnie o ropieniu naokoło gruczołu; przypomina to naukę Ricorda o ropieniu periadenitycznem w dymienicach kiłowych, i zapewne owi autorowie pozostawali pod wpływem tego dogmatu. Nie ulega zaprzeczeniu, że z postępem ropienia tworzy się ropa i naokoło dymienicy, ale tu rozchodzi się o to, czy w dżumie, tak jak w durze, ropień gruczołowy powstaje z mortyfikacyi gruczołu, bo w takim razie mielibyśmy wielkie powinowactwo pomiędzy dżumą a durem brzusznym.

Hirsch i Botkin zdają się przypuszczać, że zaraza astrachańska jest zarazą indyjską, a nie wschodnią. Lecz t. zw. zaraza indyjska jest właściwie dwojaka: 1) zaraza epidemiczna, zwana także zarazą Pali, która po raz pierwszy w r. 1838 panowała nad wybrzeżem Kucz i Guzerate i sięgała aż do stanów Rajputana, któréj pochodzenie nie jest dokładnie znane; w niéj występowały dymienice, ale i krwotoki płucne, i dlatego identyfikowano ją ze śmiercią czarną; 2) zaraza endemiczna, która panowała tylko w dwóch powiatach pod Himalają, zkąd daléj zawleczoną nie została. Obecnie atoli w Indyjach nie panuje żadna zaraza, nie ma więc powodu wywodzenia zarazy astrachańskiéj od indyjskiéj, zwłaszcza gdy wiemy, że zaraza panowała nie dawno temu w Kurdystanie i Mezopotamii, późniéj w Reszcie w Persyi, zkąd najprawdopodobniéj morzem kaspijskiém dostała się do Rosyi. I w dawniejszych epidemijach dżumy zdarzały się czasem krwotoki (zapalenie płuc lub zawał krwawy?), ale z tego powodu nie należy jeszcze tworzyć nowego gatunku zarazy, zwłaszcza gdy w dżumie krwotoki w ogóle nie są rzadkiemi. Moczenie krwawe jest nawet bardzo częstém. Bulard i Pruner wspominają o wągliku w wątrobie; z opisów ich jednak wynika, że to były naczyniaki jamiste.

Oprócz dymienic występują w dżumie wągliki, jakkolwiek rzadko, a o wiele częściéj petocie i obrzmienie śledziony. Zestawiając objawy najgłówniejsze dochodzi się do wniosku, że analogija pomiędzy dżumą a durem brzusznym jest nierównie większą, aniżeli z durem plamistym, i dlatego dziwić się należy, że ciągle dżumę z tym ostatnim porównywają, który jest wzorem choroby zakaźnéj bez cechującéj lokalizacyi w jakimś organie. Jeżeli w wątpliwych przypadkach gorączki zakaźnéj znajdujemy cierpienie gruczołów, to mamy przed sobą dżumę, a nie dur plamisty; jeżeli niema dymienic, niema też i dżumy.

Nie wdając się w spór, czy się rozchodzi o przyrzut lub miazmat, V. przypuszcza, że dżuma jest chorobą zaraźliwą i potępia środki profilaktyczne dotąd przedsiębrane, dlatego, że je uważa za przeprowadzić się nie dające. Kwarantana i kordon mogły być skutecznemi w Noji (1815), ale nie na granicy lądowéj od morza bałtyckiego do czarnego. Kordon bez rozstrzeliwania przemycających się jest iluzyją; również niepraktycznym jest przymus paszportowy, a dopóki nie znamy przyrzutu, nie wiemy także, jakie przedmioty są jego przenośnikami, a więc nie możemy oznaczyć dokładnie przedmiotów, których przewóz powinien być wzbroniony. Ostrożność jednak tu nie zawadzi, ze względu na doświadczenie nabyte w chorobie wąglikowéj. Dżuma nie jest gorsza od cholery, a gdyby miała do nas zawitać, należałoby każdy przypadek odosobniać. Co do środka dezinfekcyjnego, nie zgadza się V. na kwas siarkawy polecony przez Pettenkofera, dając pierwszeństwo gorącu suchemu, 120° przynajmniéj wynoszącemu. Bulard wspomina także o skuteczności moczenia przedmiotów we wodzie przez kilka godzin. *(Berliner klin. Wochens.* 1879, Nr. 9). *L. B.*

Proff. Loebisch i Rokitansky (w Insbruku): **Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung** (*Wiener Klinik, 1 u. 2 Heft 1879).* Sprawozdanie Dra M. Kramarzyńskiego w Brzesku.

Autorowie przedstawiają czytelnikowi z pomiędzy najnowszych leków tylko te, które, czy w pracowniach chemicznych czy téż przy łóżku chorego, przez sumiennych badaczy wielokrotnie doświadczane, zyskały sobie prawo obywatelstwa w lecznictwie. Przy każdym leku podają jego pochodzenie, sposób przyrządzania, własności fizyczne, oraz sposób zbadania czystości, wychodząc z téj zasady, że lekarz, używający nowego środka lekarskiego, nie tylko winien mieć pewność o jego skutkach u chorego i znać dokładnie takowe, ale nadto winien umieć rozróżnić lek czysty od zanieczyszczonego.

I. Azotyn amylowy odkryty w r. 1844 przez Baillarda powstaje: 1) przez wprowadzenie pary czystego kw. azotowego do czystego alkoholu amylowego; albo 2) przez mięszanie z sobą powyższych dwóch płynów. Świeżo otrzymany jest cieczą bezbarwną, po niejakim jednak czasie przybiera barwę zielono-żółtą, olejną. Łatwo zapalny w postaci pary ma smak owocowy, oddziaływa obojętnie, jest woni owoców przejrzałych, rozpuszcza się łatwo w wyskoku i w eterze, w wodzie zaś nie; wrze w cieplocie +96° C a cg. jego jest 0.877. Aby się w danym razie uchronić od niepożądanych skutków przymięszanego kw. sinowodowego, należy a. a. zbadać w tym kierunku. Zaprawiamy tedy ciecz badać się mającą małą ilością niedokwasu żelaza, dodajemy w nadmiarze ługu potasowego i gotujemy. Po zagotowaniu dodajemy roczynu 1½ chlorku żelaza i zakwaszamy kw. solnym. W razie obecności kw. sinowodowego osadza się błękit pruski, a nawet w razie obecności tylko śladów pierwszego barwi się ciecz badana błękitno. W obec wody rozkłada się a. a. na kw. azotowy, ukwaszający wytworzony obok niego alkohol amylowy na kwas kozlkowy. Aczkolwiek kwasy te rozkładowe nie wyrządziłyby szkody choremu, wszakże dbać należy o to, aby przetwór oddziaływał obojętnie, albo przynajmniéj bardzo słabo kwaśno. Przechować go można długo w szczelnie zamkniętéj flaszce, dodawszy doń trochę rozżarzonego chlorku potasu.

Własności fizyjologiczne. Jeśli rozlawszy na

chustkę 5—10 kropli a. a. wdychamy takowe, to już w kilka sekund potém zaczerwieniają się spojówki oczne, skóra twarzy, uszu i szyi, w wyższym stopniu niekiedy aż do okolicy łonowéj, z początku w postaci plam czerwonych, które się późniéj zlewają. Ilość uderzeń tętna zwiększa się z początkiem wziewania, dochodzi do maximum po ukończeniu takowego a w kilka minut powraca do stanu pierwotnego; atoli zmiana jakości tętna utrzymuje się nieraz przeszło 15 minut. Takie skutki przedmiotowe sprawia a. a. u zdrowych i chorych z małemi odmianami. Z podmiotowych zaś objawów przedstawiających różne osobnicze odcienia, podają niektórzy, iż doznają uczucia, jakoby ich głowa grubszą się stawała. Oszołomienie w niższym lub wyższym stopniu, uczucie gorąca i bicie serca są częstemi przypadami. Zaliczyć tu należy gadatliwość i uczucie rzeźkości, skłonność do śmiechu bez powodu, krótkotrwałą pląsawicę. Podług Urbantschitscha występuje już po użyciu 2 kropel przemijający zapad z niezupełném porażeniem: albo téż nagły zawrót i duszność, albo wreszcie uczucie suchości w połyku przez 12—24 godzin trwające. Z tém wszystkiém ustępują namienione przypady zazwyczaj szybko po dokonaném wziewaniu a rzadko trwa zawrót i uczucie niedogody przez kilka godzin. Kto przez dłuższy czas wziewa a. a., doznaje zawrotu i traci przytomność. Aczkolwiek niema dotąd pewności, czy a. a. sprawia właściwe sobie skutki przez porażenie nerwów naczynioruchowych, albo samych ścian naczyń, to wszyscy niemal badacze zgadzają się na to, iż je wywołuje przynajmniéj w części przez przekrwienie mózgu. Ze względu, iż a. a. usuwa natychmiast ostre zatrucie chloroformem, przypuszczają, iż pierwszy sprawia jakąś zmianę chemiczną we krwi. Również godném jest uwagi, iż a. a. zdoła podczas uśpienia chloroformem powiększyć ilość uderzeń tętna i ilość oddechów.

Zastósowanie lecznicze azot. amyl. Guthrie pierwszy zastósował a. a. w r. 1859 jako środek leczniczy, cucący zemdlałych, utopionych i uduszonych: ku czemu i dziś go zalecają z uwagi, że podnieca czynność serca. Wnet jednak ucichło o nim i dopiero Richardson wyrwał go z zapomnienia w roku 1866, zalecając używać go w zmianach chorobowych, wywołanych kurczem ścian naczyń, albo nadmiarowém ich napięciem, jak *angina pectoris, hemicrania, asthma, epilepsia, eklampsia, tetanus* itd. Robert Pick używa a. a. w padaczce i w połowiczym bólu głowy, jeśli nie ma nawału krwi do mózgu, w ostatnim bowiem razie nawet złe skutki, pogorszenie cierpienia zauważył. Używa go więc w poł. bólu głowy z powodu tężca mięśni, ścian naczyniowych odnośnéj połowy głowy, albo tężca odnośnéj części szyjnéj nerwu współczulnego. Ból ten głowy odznacza się uwydatnieniem przebiegu tętnicy skroniowéj, bladém, zapadłém obliczem i zapadniętém okiem po cierpiącéj stronie głowy: 3—5 kropel wdychanych powstrzymuje napad, a nawet, zwłaszcza u chorych zachowujących się spokojnie po wdychaniu, opaźnia napad następny. I w padaczce mającéj swe źródło w tętniczéj niedokrewności mozgu, powstałéj w skutek przemijającego tężca mięśni naczyniowych, pomyślne sprawia skutki; bo zadany podczas uczucia wietrzyku powstrzymuje napad. Jeśli atoli napad już się zaczął, to chyba tylko o tyle pomaga, o ile chory rychléj przychodzi do siebie po napadzie. Landois i Nothnagel zalecają go w dusznicy bolesnéj *(angina pectoris)*, gdy takowa polega na skurczu naczyniowym ogólnym a serce jest zdrowe. Nawet ból i uczucie trwogi ustępują, jeśli dusznica bol. ma swą przyczynę w zmianie chorobowéj splotu sercowego. Niedomykalność i zwężenia zdają się nie stanowić przeciwwskazań, atoli ostrożnym być trzeba z użyciem a. a. u starców, u których w razie rozpoczynającego się zwyrodnienia mniejszych naczyń mózgowych obawiać się należy udaru mózgu. W morzysku miesiączkowém u niedokrewnych białogłów wystarcza niekiedy jedno wziewanie. Także przynosi a. a. pewną ulgę w rwach nerwu trójdzielnego i tyłogłowowego, choćby przemijającą. Prof. Meynert, uważając niedokrewność mózgu za przyczynę zadumy, zalecał a. a. w tém przeświadczeniu, że sprowadzając przezeń przekrwienie mózgu usunie przyczynę choroby; ale obok chwilowych a niekiedy i trwałych skutków doznał także zawodu ze strony tego środka. Hoestemann, doświadczający go w klinice prof. Meynerta, doszedł do wniosku, że nadaje się w zadumie, połączonéj z osłupieniem a nie z uczuciem trwogi. Schramm zaś powiada, że przez wziewanie a. a. usuwa się na kilka godzin stan zadumczywy, połączony z rozmaitemi innemi przypadami nerwowemi i psychicznemi. Bloke usunął w jednym przypadku choroby Basedowa wytrzeszczak, bicie serca i opuchlinę, zadając choremu z początku po 2, późniéj zaś po $^1/_4$ kropli. Riegel i Aug. Frank podawali go w morzysku ołownem w postaci wziewań jako środek kojący. W drgawce poporodowéj, w szczękościsku i tężcu a zwłaszcza urazowym rokują dla a. a. powodzenie lecznicze.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Fuchs: **O używaniu pilokarpinu w chorobach ocznych.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 9.)

IV. Oderwanie siatkówki *(ablatio retinae)*. Tu przytacza autor 5 przypadków téj choroby zwykle za nieuleczalną uważanéj, podając że w 4ch przypadkach nastąpiło dość znaczne polepszenie. 1) Józef R., 47 lat, szewc; na oku prawém od 6 lat słabe tylko poczucie światła w skutek zaćmy skomplikowanéj; na oku lewém (na które od 3 miesięcy choruje) wziernik wykazuje siatkówkę we wszystkich kierunkach oderwaną, ale niezbyt znacznie podniesioną; liczy niém palce na 2 metry. Po przebywaniu przez 20 dni w pokoju zaciemnionym $S=^6/_{24}=^1/_4$, siatkówka jeszcze w niektórych częściach podniesiona, po dwóch wstrzyknięciach zaś wszędzie przylegała, ale bystrość wzroku nie polepszyła się. 2) Jan S., 48 lat, kapitalista. Okiem prawém od r. 1848 nic nie widzi, na lewe choruje od 7 lat. Na oku lewém zupełne oderwanie siatkówki i brak poczucia światła, na prawém liczne męty w ciałku szklaném i oderwanie siatkówki w dolnozewnętrznéj części, tworzące fałd pionowy prawie na dwie średnice tarczy nerwu wzrokowego szeroki; chory poznaje blask stoczka na 1 metr. Pobyt w pokoju zaciemnionym przez 8 dni nie sprowadził polepszenia; poczém zrobiono 14 wstrzykiwań pilokarpinu; po 1ém wstrzyknięciu liczy palce tuż przed okiem trzymane, po 14ém już w odległości $3^1/_2$ metra, a część siatkówki oderwanéj do połowy zmniejszona, zmętnienie w ciałku szklaném prawie jednakowe. 3) Karol B., 31 lat, urzędnik, okiem prawém od 2ch lat gorzéj widzi, od 6 tygodni tylko dolną połowę przedmiotów, $S=^6/_{36}=^1/_6$, czyta wzorów Jägera Nr. 7, szkła nic nie polepszają, ośrodki tego oka czyste: cała dolnozewnętrzna część siatkówki podniesiona. Po 8-dniowym pobycie w ciemnym pokoju $S=^6/_{24}=^1/_4$, oderwanie siatkówki prawie wcale nie zmniejszone. Po 1ém wstrzyknięciu $S=^6/_{18}=^1/_3$, czyta Jägera Nr. 3, po 5ém wstrzyknięciu $S=^6/_{12}=^1/_2$, czyta Jägera Nr. 2, siatkówka prawie wszędzie przylega, oprócz miejsca najbardziéj na zewnątrz i ku dołowi położonego,

około dwie średnice tarczy nerwowéj szerokiego. 4) Anna U., 19 lat, wyrobnica, od dziecięctwa krótkowzroczna, od 4ch dni nagłe pogorszenie na oku prawém, którém liczy palce na 0·30 metra i czyta Jägera Nr. 15. Myopija $^1/_8$ na obu oczach, siatkówka oka prawego wszędzie oderwana, prócz strony wewnętrznéj, w części górnozewnętrznéj pęknięcie tejże. Po 3-tygodniowym pobycie w ciemności czyta Jägera Nr. 3, siatkówka już tylko w dolnéj części oderwana, a nawet więcéj podniesiona niż przedtém (opuszczenie się płynu ku dołowi). Po 2ém wstrzyknięciu pilokarpinu siatkówka i w dolnéj części prawie wszędzie przylega, ale po 2ch tygodniach nastąpiło znowu oderwanie, a po założeniu cewy *(drainage)* zupełna utrata wzroku. 5) Maryja A., 71 lat, przekupka, od 2ch tygodni pogorszenie wzroku na oku lewém, tamże górna połowa siatkówki oderwana, tworzy worek zakrywający górną połowę tarczy nerwu wzrokowego, liczy okiem lewém palce na 2 metry. Po 4ém wstrzyknięciu pilokarpinu nie zauważano żadnéj zmiany.

V. Zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki *(Neuroretinitis)*. W jednym przypadku był przyczyną nowotwór mózgu, w drugim przyczyna nieznana: w obu nieosiągnięto żadnego polepszenia.

VI. Zapalenie miąższowe rogówki *(Keratitis parenchymatosa)*. 1) Franciszek W., 58 lat, nauczyciel, cierpiał na zapalenie miąższowe rogówki ze znaczném nastrzykaniem rzęskowém i bardzo silnemi bólami: przyczyną prawdopodobnie zaziębienie. Miejscowy upust krwi, okłady wysychające, jodek potasu wewnętrznie przez 8 dni używane nie zmniejszyły wcale bólów, które dopiero po 8miu wstrzyknięciach pilokarpinu zupełnie ustąpiły, tak jak i nastrzykanie rzęskowe, tylko zmętnienie rogówki pozostało.

Co do ogólnych skutków fizyjologicznych w tych 18tu przypadkach, to średni czas aż do wystąpienia ślinotoku i potów wynosił 6 minut, średni czas trwania pocenia się 55 minut, ślinienia 78 minut, ilość wydalonéj śliny 80—630 cm. sześć., ciężar gatunkowy tejże 1003—1011, w ogóle we wszystkiém znaczne wahania stósownie do indywidualności; mocz zawierał tylko nieco więcéj ciał stałych. Co do przykrych skutków pobocznych: między 18 chorymi u 7 były wymioty, u 1 duszność i bóle w częściach rodnych, jakoteż przy moczeniu, u 2 były wymioty a następnie osłabienie tak znaczne, że zmusiły do zaprzestania wstrzykiwań tego środka. Co do działań leczniczych w chorobach ocznych, to można je skreślić w sposób następujący: pilokarpin przyspiesza wessanie płynów (przy oderwaniu siatkówki) jakoteż i stałych wypocin (zmętnienie ciałka szklanego), jednakże tych ostatnich zwykle tylko wtedy, jeżeli są jeszcze świeże, jak to szczególnie widać w świeżém ostrém zapaleniu tęczówki i ciałka rzęskowego *(iridokyklitis acuta)*, gdzie wyniki tego leczenia są rzeczywiście świetne, natomiast w wypocinach dawniejszych już zorganizowanych (jak w przyp. zapalenia przewlekłego tęczówki i naczyniówki) nie można się niczego po nim spodziewać. Z pomiędzy 55 przypadków oderwania siatkówki osiągnięto w 3ch znaczne zmniejszenie części oderwanéj, w 1 nawet zupełne przyleganie siatkówki, a tylko w 1 przypadku nie było żadnego polepszenia. Sam pobyt w pokoju zaciemnionym był zawsze prawie całkiem bezskutecznym. W przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego i siatkówki *(neuroretinitis)* nie spodziewano się i nie osiągnięto żadnego rezultatu. W przypadkach zapalenia miąższowego rogówki udało się w zupełności usunąć przekrwienie i silne bóle w oku. W ogólności więc wyniki te powinny zachęcić do dalszych prób w tym kierunku. (*Wiener mediz. Wochenschrift* 1878, Nr. 37 i 38). *Dr. Kozłowski.*

Dr. Hehle: **Niezwykły przypadek uduszenia w skutek przepełnienia żołądka pokarmami.**

Żołnierz, silnéj budowy, nie oddający się pijaństwu, znaleziony został d. 27 grudnia r. z. o godzinie 6 rano w łóżku nieżywy, leżący na grzbiecie z zamkniętemi ustami. Wieczorem przed śmiercią zjadł był sporo chleba i kiszki wątrobianéj, bawiąc się z kolegami wesoło. Przy badaniu zwłok następnego dnia wylewała się przy przewracaniu tychże z obu otworów nosowych płynna, kwaśno woniejąca miazga pokarmowa a przy badaniu narządów wewnętrznych znaleziono nagłośnię znacznie oddaloną, głośnię, tchawicę i oba oskrzela z głównemi rozgałęzieniami oraz połyk wypełnione płynną, żołądek zaś gęstą miazgą pokarmową, w téj ostatniéj można było dokładnie rozpoznać resztki niestrawionéj kiszki wątrobianéj. Brzuch napięty, kiszki gazami rozdęte, w górnych częściach tychże i w żołądku znachodziła się miazga pokarmowa w małéj ilości w jelitach grubych nieco kału. Serce pokryte obfitym tłuszczem nie zawierało skrzepów krwi, płuca, wątroba i nerki mocno przekrwione, pęcherz moczowy próżny, opony mózgowe miernie przekrwione, istota rdzeniowa mózgu okazywała liczne punkta krwawe. Orzeczono, że żołnierz ów udusił się w głębokim śnie w napadzie wymiotów a uwzględniwszy tę okoliczność, że zwłoki znaleziono o godz. 6 rano już zimne i stężałe, pokarmy do pewnego stopnia strawione, przypuszczano że śmierć nastąpiła około północy, a jak zmiany w mózgu znalezione wskazują, że nagła utrata przytomności uniemożebniła wołanie o pomoc. (*Wien. med. Presse* Nr. 5 1879). *Kr.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie IV. z dnia 19go lutego 1879 roku.

Przewodniczący kol. Ściborowski. Obecnych członków czynnych 32 1 Członek korespondent i 2 gości.

1) Kol. Przewodniczący powitawszy obecnego po raz pierwszy na posiedzeniu członka czynnego Dra Wiktora Żelazowskiego, oraz przedstawiwszy Towarzystwu dwóch obecnych gości, wspomniał o świeżo zmarłym członku korespondencie Drze Julijanie Dalkiewiczu. Kolega ten przebywszy różne koleje, bawiąc przez dłuższy czas za granicą, przed kilku laty otrzymał we Francyi stopień doktora medycyny, który potwierdziwszy w Uniwersytecie Jagiellońskim osiadł w Tarnowie, gdzie zyskał sobie zacne i poczciwe imię; zmarł d. 10 lutego rb. w 41 roku życia.

2) Tenże przedstawił podanie komisyi balneologicznéj biorącéj w obronę swego członka JP. Z. Medweczkyego, właściciela Żegiestowa i zdrojowisko będące jego własnością; oraz opowiedział w krótkości całą sprawę jak następuje: Na posiedzeniu komisyi balneologicznéj d. 22 stycznia rb. Dr. M. Zieleniewski odczytał z rękopismu rozprawkę o ruchu i rozwoju zakładu zdrojowego w Krynicy; w rozprawce téj znajdowały się ustępy dotyczące Żegiestowa, mogące szkodę przynieść temu zdrojowisku, a oparte na danych z prawdą niezgodnych. Przewodniczący komisyi prof. Dr. Korczyński, zwrócił uwagę p. Dra Z. że zadaniem komisyi jest popieranie środkami godziwemi rozwoju zdrojowisk krajowych, a nie szkodzenie tymże, prosi przeto o zupełne usunięcie ustępów o Żegiestowie z rozprawy; wniosek ten wszyscy obecni członkowie komisyi jednomyślnie poparli i uchwa-

lili; Dr. Z. odpowiedział na to, że się namyśli. W kilka dni późniéj Dr. Korczyński otrzymał od p. Medweczkyego podanie zawiadamiające, że broszura napisana przez Dra Zieleniewskiego wraz z ustępami dotyczącemi Żegiestowa już od d. 4 stycznia znajduje się w kilkuset egzemplarzach w księgarni Gebethnera i Spółki, gdzie jest sprzedawaną; do podania tego p. M. dołączył jeden egzemplarz broszury. Prof. Dr Korczyński przekonawszy się, że całe ustępy, których usunięcie komisyja balneologiczna uchwaliła, znajdują się w broszurze, po naradzeniu się z prezesem Tow. lek. wezwał piśmiennie p. Dra Zieleniewskiego, aby cały nakład przysłał do Prezesa w celu zniszczenia kart zawierających owe ustępy. Gdy p. Dr. Z. życzeniu temu zadość nie uczynił, Dr. Korczyński w dniach 9 i 11 lutego zwołał podkomisyję złożoną z 10ciu członków, która uchwaliła memoryjał, przedstawiający całą sprawę i wytykający wszelkie ustępy mylne i z prawdą niezgodne w pismach p. Z. się znajdujące. Memoryjał ten na posiedzeniu komisyi balneologicznéj d. 12 lutego w obecności p. Dra Z. odczytany, w następnym dniu oddanym został zarządowi Tow. lek. do właściwego postąpienia. Komitet Tow. lek. zwołany w dniu 14 lutego uchwalił: wezwać p. Dra Zieleniewskiego, aby podpisał sprostowanie odwołujące ustępy mylne i z prawdą niezgodne znajdujące się w broszurze o ruchu i postępie zakładu zdrojowego w Krynicy, gdyby zaś p. Z. podpisu odmówił, postanowił wnieść do Towarzystwa o zastósowanie §. 45 ustawy Tow. lek. Ponieważ zaś p. Dr. Z. sprostowanie to w d 16 lutego własnoręcznie przepisane podpisał i do zamieszczenia w Przeglądzie Lekarskim (Nr. 8 z d. 22 lutego) nadesłał, przeto Przewodniczący w imieniu komitetu wnosi, aby całą tę sprawę złożyć *ad acta*, a Towarzystwo jednomyślnie zgodziło się z tym wnioskiem. (Ponieważ p. Dr. Z. w dniu 15 lutego złożył na ręce Prezesa Tow. lek. oświadczenie piśmienne, że występuje z Tow. lek. i jego komisyi, a podania tego po podpisaniu sprostowania nie odwołał, przeto stósownie do przyjętego zwyczaju prezes po skończoném posiedzeniu zawiadomił członków komitetu Tow. lek. o dobrowolném wystąpieniu z Towarzystwa p. Dra Zieleniewskiego, aby tegoż z listy członków i księgi kasowéj wykreślono).

3) Tenże zawiadomił, że świeżo zawiązana stała komisyja lekarsko-sądowa uorganizowała się, wybrawszy przewodniczącym prof. Dra Blumenstoka, zastępcą tegoż prof. Dra Janikowskiego a sekretarzem fizyka powiatowego Dra Kralczyńskiego (ci trzéj członkowie łącznie z Prezesem Tow. lek. mają ułożyć regulamin komisyi). Ponieważ zaś Dr. Janikowski z powodu słabości nie może brać udziału w pracach komisyi, w jego miejsce przedstawił Dra Obalińskiego; wniosek ten przyjęto.

4) Tenże przypomina członkom stałym komisyj: sprawozdawczéj do roczników Virchowa, oraz popierającéj przemysł krajowy w zastósowaniu do celów leczniczych, aby powierzone sobie zadania o ile można najrychléj dokonać zechcieli.

5) Kol. Buszek opowiedział przypadek otrucia chloroformem jak następuje: Przypadek, o jakim postanowiłem opowiedzieć szanownym kolegom, zdaje mi się zasługiwać z dwojakich względów na uwagę: raz z powodu swojéj doniosłości policyjno lekarskiéj, a powtóre, że należy do nader rzadkich. Przed kilku tygodniami byłem wezwany do panny 25-letniéj, która w celu samobójczym użyła chloroformu wewnętrznie; w chwili, kiedy ją zobaczyłem, minęło już pół godziny po użyciu wzmiankowanéj trucizny a była jéj bardzo znaczna ilość, bo dochodziła do 100 grm. Zapewne zdziwi to każdego, zkąd mogła dostać tak znacznéj ilości, ale okoliczność ta tém się tłumaczy, że chloroform nie jest w farmakopei oznaczony krzyżykiem jak inne trucizny i przeciwko bólom można go dostać bez recepty w każdéj aptece. Zapewne niewiasta, nosząc się przez czas dłuższy z myślą odebrania sobie życia, kupowała go w kilku aptekach i w ten sposób zebrała go taką niepoślednią ilość. Pacyjentkę znalazłem leżącą na wznak w łożku, rozsznurowaną, silnie zbudowaną i dobrze odżywioną, z oddechem bardzo przyśpieszonym i tętnem dość silném, uderzającém 124 razy na minutę; oddech było czuć bardzo silnie chloroformem. Powieki znalazłem niezupełnie przymknięte, źrenice bardzo mocno zwężone, a szpara powiekowa zwężała się, jak tylko chciano dotknąć się gałki ocznéj, albo zbliżano światło do oczu. Usta miała chora dosyć mocno zaciśnięte, tak że matka chcąc jéj wlewać mleko jako powszechny środek odtrutny, naraziła się na okaleczenie palca o zęby córki. Od czasu do czasu wydawała pacyjentka krzyk, jak to czynią ludzie pod wpływem chloroformu; ręce podniesione utrzymywały się w takiém położeniu, w jakiém je ułożyłem; w tym stanie rzeczy chodziło mi głównie o to, aby chora mogła wyziewać jak najwięcéj chloroformu przy oddychaniu i co ważniejsza, aby wydalić z żołądka nie wchłonięty jeszcze chloroform. Chora znachodziła się w chłodnym i obszernym pokoju, pozostającym w połączeniu z przyległym obszernym salonem; poleciłem nadto mimo znacznego mrozu uchylić trochę okna i drzwi. Trudniejsza była sprawa z wywołaniem wymiotów; pomiędzy dosyć mocno zwarte usta nie udało się palca ani chorągiewki od pióra wprowadzić tak głęboko, żeby można było podrażnić podniebienie miękkie; ale nie trzeba było długo czekać na wymioty, bo w kilka minut wśród niepokojenia się choréj z powodu nudności nastąpiły bardzo silne wymioty. W wymiocinach silnéj woni chloroformowéj można było widzieć mleko ścięte, śluz, gdzieniegdzie prążki krwi i bardzo liczne oczka chloroformu. Chora usiadła, oddech stał się powolnym, tętno spadło na 84 uderzeń na minutę i przytomność wróciła prawie w zupełności, gdyż chora rozmawiała swobodnie i prosiła, aby jéj nie ratować, czuła się tylko mocno osłabioną. Przypuszczając, że wchłonięty chloroform wydali się przez oddychanie, zacząłem mieć nadzieję utrzymania choréj przy życiu. Mając jeszcze odwiedzić jednego chorego, poleciłem bratu choréj, aby natychmiast mi dano znać, gdyby siostra zasnęła i niespokojnie zaczęła oddychać; przy pożegnaniu podała mi chora rękę i dosyć mocno uścisnęła, zachowując prawie zupełną przytomność. Nie długo trzeba było czekać, kiedy przybył do mnie posłaniec z oświadczeniem, żeby natychmiast udać się do choréj, bo w niejaki czas po mojém odejściu zasnęła, policzki się zarumieniły i oddychała spokojnie, ale nagle przebudziła się i bardzo silnie zaczęła wymiotować; podczas tego miała zapaść na siłach tak, że może jéj już przy życiu nie zastaniemy. I rzeczywiście znalazłem ją trupio bladą, z pianą na ustach, z powiekami nie zupełnie przymkniętemi, z źrenicami mocno rozszerzonemi, prawie bez oddechu, z tętnem nitkowatém, uderzającém 32 razy na minutę. Zbryzgiwałem ją wodą zimną, nacierałem piersi i wzniecałem sztucznie głębsze oddychanie, lecz wszystko napróżno, bo tętno coraz rzadziéj uderzało, aż oddech ustał, a z nim i serce bić przestało. Sekcyi policyjno-lekarskiéj w tym przypadku nie robiono, a inni koledzy, którzy mieli sposobność badania zwłok osób otrutych chloroformem wewnątrz zażytym, znaleźli błonę śluzową przewodu pokarmowego zaczerwienioną, gdzieniegdzie wynaczynionki a nawet nadżerki.

W 15tym tomie patologii i terapii szczegółowéj wydawanéj przez Ziemssena wspomina Boehm, że dotąd jest bardzo skąpy materyjał co do zatruć chloroformem wewnątrz zażytym. W sprawozdaniu komitetu chloroformowego angielskiego (*Report of the Comitee appointed by the Royal med. and chirurg. Soc. etc. med.-chir. Transac. Vol. XLVII*, 1864, p. 323—412) przytoczone są cztery przypadki zakończone śmiercią a Tardieu (*Etude medico-légale et clinique sur l'empoisonnement. Paris 1867*), przytacza sześć przypadków, Hofmann (*Handbuch der gerichtlichen Medicin* str. 187), wspomina o trzech. We wszystkich znanych przypadkach zakończonych śmiercią otruły się osoby 3 do 50 gm. czystego chloroformu. Że w naszym przypadku mogła chora nabyć do 100 gm., powodem jest wypuszczenie najprawdopodobniéj przez omyłkę chloroformu z szeregu trucizn, pomiędzy które należał według rozporządzenia jeszcze z 6 grudnia 1850 r. Towarzystwo lekarskie raczy przeto wyjednać u odpowiednich władz przywrócenie przepisu zabraniającego sprzedaży chloroformu bez przepisu lekarskiego.

(Dokończenie nastąpi.)

V. Instytut weterynarski we Wiedniu.

Podał Dr. A. Barański weterynarz w tymże zakładzie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9.)

Statut organizacyi z roku 1871, który i obecnie obowięzuje, zmienił plan nauki weterynaryi po raz czwarty. Celem zakładu jest: 1) kształcić weterynarzy (wojskowych i cy-

wilnych) i konowałów dla armii, 2) robić badania i postępy w naukach weterynaryi i jako najwyższa umiejętna władza w dziale weterynaryi rozstrzygać sprawy sądowo-weterynarskie i układać według potrzeby ustawy policyjno-weterynarskie, nakonice 3) udzielać rozmaitym władzom żądanych wyjaśnień i orzeczeń tyczących się weterynaryi. Jako szkoła upoważniony jest zakład mianować kandydatów po złożeniu ścisłych egzaminów weterynarzami, konowałami wojskowymi lub kowalami.

Szpital zwierzęcy znajdujący się przy zakładzie, przyjmuje i leczy chore zwierzęta domowe wszelkiego rodzaju. Kierownictwo wojskowego zakładu weterynaryi poruczone jest dyrekcyi, która składa się z komendanta i dyrektora. Komendant kieruje sprawami domowo administracyjnemi, dyrektor sprawami naukowemi. Wszystkie ważniejsze sprawy naukowe rozstrzyga grono profesorów; dyrektor pobiera rocznéj płacy 3000 złr., profesorowie zwyczajni, których w zakładzie jest 5, po 2500 złr. nadto wolne pomieszkanie, dodatek służby czynnéj 400 złr. i dodatki 5-letnie po 200 złr. adjunkci (docenci), którzy są urzędnikami stałymi, pobierają 1200 płacy rocznéj, wolne pomieszkanie i dodatki 5-letnie po 100 złr. Asystenci otrzymują 720 złr. rocznie i wolne pomieszkanie.

Aby doktorów medycyny dla nauki weterynaryi uzyskać i aby ich odpowiednio wykształcić, ustanowione są 2 stypendyja, których ministerstwo oświaty tylko doktorom wszechmedycyny nieżonatym na lat 3 udziela. Po ukończeniu tego czasu stypendyjum co rok może być prolongowane, dopóki stypendysta nie otrzyma stałéj posady rządowéj. Stypendyjum wynosi rocznie 600 złr., 50 złr. na opał i wolne pomieszkanie; po ukończeniu trzyletniego kursu otrzymuje stypendysta jeszcze 210 złr. na podróż dla zwiedzenia stadnin lub obcych zakładów weterynarskich.

Wojskowy zakład weterynarski we Wiedniu położony jest w dzielnicy Hréj (*Landstrasse*) obok kolei żelaznéj i zajmuje z zabudowaniami i ogrodami 42.514 metrów kwad. przestrzeni. Na téj przestrzeni znajduje się 10 zabudowań, 6 ogrodzeń, 2 baseny dla pławienia koni, ogród botaniczny i ogród dla uprawy roślin pokarmowych. Stajni posiada zakład 20 z 97 stanowiskami (między temi 27 boksów) dla koni i przeżuwaczy. Gdy wszystkie stanowiska są zajęte choremi zwierzętami, co nieraz się zdarza, to przybywające chore zwierzęta stawia się do stajni rezerwowéj, znajdującéj się w ogrodzie szkoły. Stajnia dla chorób mózgowych i stajnia kontumacyjna są odosobnione od innych.

W tych stajniach mieści się klinika chorób zewnętrznych i wewnętrznych. Od roku 1823 do 1879 było przeszło 100.000 chorych koni w kuracyi, z których 90.412 wyzdrowiało, 8.927 padło, 4.309 zabito. Do zakładu przyprowadzają chorych koni do leczenia przecięciowo 1845 sztuk rocznie. Co się zaś tyczy chorych odżuwaczy i świń, to zwierzęta te podobnie jak i w innych zakładach weterynarskich przybywają stosunkowo w daleko mniejszéj ilości; aby temu o ile możności zapobiedz, leczy się zwierzęta przeżuwające i trzodę chlewną bez wynagrodzenia. Od roku 1858 do 1878 przyprowadzono 229 sztuk bydła rogatego, 59 owiec, 181 kóz i 45 świń.

Szpital dla psów pozostaje pod kierownictwem prof. Dra Müllera, obejmuje 2 duże sale, w których się mieści 44 żelaznych klatek rozmaitéj wielkości. Oprócz psów leczą w téj klinice koty, małpy, króliki, kaczki i inne mniejsze zwierzęta domowe. Od roku 1858 do 1878 znajdowało się w leczeniu 20.241 psów, z których 14.002 wyzdrowiało, 4725 padło, 1463 zabito.

Zakład weterynaryi posiada 2 duże kuźnie z 6 ogniskami, w których od roku 1858 do 1878 183.317 koni okuto, daléj aptekę, ujeżdżalnię (służącą zarazem za salę operacyjną), 2 baseny do pławienia koni i magazyn na paszę.

W nowo wybudowanym gmachu anatomicznym znajdują się na dole 2 dobrze wentylowane sale, z których jedna jest przeznaczoną dla sekcyj patologicznych, druga dla anatomii. Obie połączone są z amfiteatralnie urządzoną salą wykładową. W sali przeznaczonéj dla sekcyj patologicznych odbywają się co sobota ćwiczenia operacyjne na żywych koniach, gdyż zakład co tydzień jednego konia kupuje dla operacyj i ćwiczeń anatomicznych.

Zbiory, które zakład posiada są następujące: 1) Biblioteka mająca 9630 tomów. Na zakupno książek przeznaczone jest 600 do 700 złr. rocznie. 2) Muzeum anatomiczne mieszczące się w 5 salach, w których znajduje się 219 wypchanych zwierząt ssących, 271 całkowitych szkieletów etc., w ogóle 2084 sztuk. 3) Zbiór zoo-patologiczny składający się z 2764 preparatów. 4) Zbiór instrumentów chirurgicznych. 5) Zbiór materyjałów aptecznych i leków, mieszczący w sobie 624 preparatów. 6) Zbiór fizykalno-chemiczny w 584 okazach. 7) Zbiór dla katedry do produkcyi zwierząt i pomocy przy porodach obejmuje 209 numerów. 8) Zbiór modeli gospodarczych, 121 numerów. 9) Zbiór fizyjologiczny. 10) Zbiór podków i narzędzi do kucia. Oprócz 18tu nowych mikroskopów znajduje się także aparat oddechowy podług systemu Pettenkofera. Dla utrzymania i powiększenia tych zbiorów otrzymuje zakład roczną dotacyję w kwocie 2400 złr.

Zakład sam dzieli się na 2 części, na właściwą szkołę weterynaryi i na szkołę kucia. Słuchacze szkoły weterynaryi mogą być cywilni lub wojskowi. Słuchacze cywilni są uczniami szkoły weterynaryi lub szkoły kucia. Ci uczniowie nie zależą wcale od ministerstwa wojny, lecz podlegają dyrektorowi zakładu, który wszelkie sprawy tychże wprost ministerstwu oświaty przedkłada. Na kursa weterynaryi mogą być tylko tacy przyjęci, którzy złożyli egzamin wstępny lub ukończyli sześć klas realnych. Egzamin wstępny składa się z następujących przedmiotów: z języka niemieckiego, stylistyki, fizyki, chemii, historyi naturalnéj, jeografii, historyi i algiebry. Nauka trwa przez przeciąg lat trzech; doktorzy medycyny i konowali mogą ten kurs w 2 latach ukończyć.

Następujące przedmioty wykładają się: Zootomija wszystkich zwierząt domowych, chemija, produkcyja zwierząt, teoryja kucia koni i bydła rogatego, ćwiczenia anatomiczne, ćwiczenia w kuciu, botanika, zootomija patologiczna, uprawa roli i roślin pastewnych, fizyjologija; ćwiczenia mikroskopijne, farmakologija, katagrafologija, klinika chorób zewnętrznych i wewnętrznych, uczęszczanie na sekcyje patologiczne, położnictwo, nauka o instrumentach i nawiązkach, patologija i terapija szczegółowa, chirurgija weterynarska, operacyje, stylizowanie świadectw i protokółów weterynarskich, zarazy bydła i policyja weterynaryjna, oględziny bydła i mięsa, weterynaryja sądowa i historyja weterynaryi. Przy końcu każdego roku obowiązany jest uczeń ze wszystkich w roku słuchanych przedmiotów złożyć egzamin, po ukończeniu zaś trzechletniego kursu egzamin ścisły (czyli rygorozum); taksy tegoż wynoszą 57 złr. Czesnego zakład nie pobiera. Do szkoły kucia przyjmuje zakład czeladników kowalskich, którzy szkoły ludowe z dobrym postępem ukończyli i świadectwo co najmniéj dwuletniéj odbytéj praktyki kowalskiéj posiadają. Kurs

dla kowali trwa 6 miesięcy. Uczniowie kursu tego obowiązani są 1) uczęszczać na wykłady teoryi kucia koni i bydła rogatego, 2) w kuźni ćwiczyć się w robocie podków dla zdrowych i wadliwych kopyt i 3) uczęszczać na klinikę chirurgiczną, gdzie ze zwykłemi chorobami kopyta obznajmiają się. Po złożeniu egzaminów otrzymują świadectwo, mocą którego upoważnieni są w każdym miejscu prowadzić rzemiosło kowalskie samoistnie.

Uczniowie wojskowi są słuchaczami półrocznego kursu kowalskiego, lub kursu dla konowałów, albo uczęszczają na kurs dla weterynarzy. Liczba uczniów wojskowych stosuje się do potrzeby armii. Frekwentanci kursu dla weterynarzy wybierani bywają z liczby uzdolnionych konowałów, którzy odpowiednie studyja lub przepisany egzamin wstępny posiadają. Od roku 1850 do 1879 otrzymało dyplom na weterynarzy 800 uczniów, z których było 472 cywilnych i 328 wojskowych. Podług narodowości wydała Austryja dolna 162, Salzburg 2, Styryja 37. Karyntyja 6, Kraina 7, Dalmacyja i Istryja 5, Tyrol 10, Vorarlberg 10, Czechy i Morawija 388, Szląsk 38, Galicyja 31, Bukowina 14, Węgry 56, Kroacyja i Sławonija 7, Włochy 7, państwa Niemieckie 14, Rosyja 2, Rumunija 2 weterynarzy. Węgry i kraje południowe austryjackie wykazują z tego powodu tak małe liczby, że w Peszcie, Gracu i Lublanie znajdują się także szkoły weterynarskie. Obecnie w zakładzie weterynaryi we Wiedniu zapisanych jest polaków na 1szym roku 2, na drugim 2, na trzecim 4; rygorozantów, którzy jako jednoroczni ochotnicy służą, jest 3.

Galicyja, jak daty statystyczne stwierdzają, stosunkowo najmniejszą liczbę otrzymuje weterynarzy ze szkoły wiedeńskiéj, co zależy po pierwsze od tego, że stypendyja udzielane przez Wydział krajowy dla uczniów weterynaryi są za małe (Czechy np. udzielają nie tylko więcéj stypendyjów, ale i w większéj ilości), powtóre że są w kraju weterynarze polacy, którzy studyjowali weterynaryję w warszawskiéj, zurychskiéj, peszteńskiéj, alfortskiéj i innych szkołach, zresztą niektóre posady weterynarskie są obsadzone niemcami, czechami i innymi, a najgłówniejsza, że umiejętność ta nie została jeszcze dotychczas należycie oceniona. Wprawdzie w kraju naszym uczą trochę weterynaryi w wyższéj szkole agronomicznéj w Dublanach i w średniéj w Czernichowie, lecz bardzo powierzchownie. Najkorzystniéj byłoby założyć u nas szkołę weterynarską, zwłaszcza, że w kraju naszym, który po Węgrzech najobfitszy jest w konie i bydło rogate z całéj korony austro-węgierskiéj i gdzie rolnictwo i chów bydła coraz wyżéj postępuje, konieczna jéj zachodzi potrzeba. W jedynym polskim zakładzie weterynarskim w Warszawie od roku 1869 nie ma wykładów polskich, obawiać się przeto należy, że nauka weterynaryi wkrótce u nas zaniedbaną zostanie. Byli u nas zacni ludzie, którzy mając dobro kraju na celu myśleli o utworzeniu szkoły weterynarskiéj (nawet za kupiono we Lwowie miejsce i postawiono budynki), lecz stosunki niepomyślne nie pozwoliły dokonać raz powziętego planu. Spodziewać się jednak należy, że rzeczywista potrzeba i usiłowania zacnych mężów trudności te wkrótce usuną.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Zaraza astrachańska**. Z listu Dra Kiemanna z dnia 23 lutego, umieszczonego w jednym z dzienników wiedeńskich, wyjmujemy kilka ustępów:

„We czwartek w południe przybyliśmy do Carycyna, a wieczorem przedstawiliśmy się hr. Loris-Melikowowi. Udzielono nam wiadomości urzędowéj, że od dnia 10 w całém terytoryjum astrachańskiém nie było przypadku śmierci lub choroby. Wyjazd nasz ztąd zależy od niektórych okoliczności od nas niezależnych, ponieważ dla odwilży wszystkie drogi stały się bezdennemi a dla tylu osób trudno dostać wozów i koni. Z tych powodów członkowie austro-węgierscy i rumuńscy podzielić się muszą na grupy, celem zwiedzenia okolic zadżumionych, a mianowicie jedna grupa (Hirsch, Küssner) udaje się przez Wietlankę prosto do Astrachanu, druga (Rozsahegyi i Rumunie) wyjeżdża na lewy brzeg Wołgi, trzecia zaś (Biesiadecki, Kiemann, Sommerbrodt) prawym brzegiem Wołgi przez Wietlankę zdąży do Astrachanu. Gdy jednak każda z miejscowości, która była zadżumioną, jest otoczona kordonem, który dopiero po 10 dniowéj kwarantanie przekroczyć można, a nadto po przekroczeniu całego obszaru zadżumionego znów 10 dniową kwarantanę odbyć należy, zmuszeni więc odsiadywać w 3 miejscowościach, będziemy mieli przyjemność odbycia 40 dniówki, zanim do Astrachanu dojedziemy. (Zdaje nam się, że Dr. K. gorzéj sobie rzecz przedstawia, aniżeli jest w rzeczywistości. *Red.*)

Ponieważ droga wynosi 410 wiorst a po tém błocie bezdenném tylko krok za krokiem jeździć można, gdy więc co najwięcéj 50 wiorst dziennie odbyć można, wypada na drogę 8 dni, a wliczając pobyt w miejscowościach i kwarantany, dopiero pod koniec marca, jeżeli dobrze pójdzie, staniemy w Astrachanie. Z powrotem pojedziemy albo Wołgą albo stepami. Komisyja cała na tę podróż bardzo nużącą zaopatrzyła się już w żywność, naczynia kuchenne, kołdry itd., ponieważ na całéj drodze nie możemy spodziewać się umieszczenia w oberży, a zmuszeni będziemy nocować po największéj części w otwartym wozie, co pomimo futer zawsze jest gorszém od pomieszczenia w najgorszym hotelu. Z tych powodów, jakoteż z powodu, że poczta kursuje drogą stepową, nowo urządzoną, przejdzie dużo czasu, zanim zdołamy dać znać o sobie do ojczyzny. Pomimo, że nas czeka praca i wysilenie fizyczne i umysłowe przez kilka tygodni, komisyja cała ożywiona jest najlepszą chęcią. Pomimo ciągłéj odwilży i błót, w których wóz zapada się po osie, Wołga, która tutaj na 1 ¼ mili jest szeroką, pokryta jest lodem grubości stopy, tak że po niéj jeszcze jeździć można; daléj poniżéj po za osadą Hernhutów, Sareptą, jest ona już miejscami wolną.

W Carycynie panuje żywy ruch, a miasto to w każdym razie ma wielką przyszłość. Zdaje się człowiekowi że jest w Azyi, tak bardzo zmieniają się obrazy. Tu pułk kozaków, przeznaczony do przestrzegania kordonu, tu karawana wielbłądów zalegających nadmiernie wielki rynek, tu rybacy ze zdobyczą swoją, tu znów hasają kałmucy i inne niecywilizowane postacie stepu. Z powodu nagromadzenia wojska, celem utrzymania kordonu naokoło powiatu zadżumionego w długości 800 wiorst, wszystkie 4 hotele miasta zajęte są przez oficerów. Zdawało się, że będziemy i w Carycynie zmuszeni przez cały czas pobytu naszego mieszkać na wozie, jednak gubernator Saratowski, przypadkiem tu obecny, polecił właścicielowi hotelu Woronskiego, aby kilka pokoi dla nas przygotował a gości wyprosił. Pomimo, że to pierwszy hotel miasta, wolę przemilczeć o komforcie, jaki tu znaleźliśmy“.

Hr. Loris-Melikow telegrafuje z Carycyna d. 26 lutego: Wczoraj Biesiadecki udał się do Wietlanki, jutro wyjeżdżają tam Hirsch i prof. Eichwald.

W *Gazecie Lwowskiéj* znajdujemy depeszę Biesiadeckiego z Czarnego Jaru z d. 2 bm., która opiewa: „Zwiedziłem kwarantany w Sarawece i Swetłym Jarze. Pierwszą znalazłem dobrze urządzoną i odpowiednią celowi, druga ma być przeniesiona do Wietlanki. Epidemija w Staryckoje zawleczona została z Wietlanki. Zachorowało 8 osób i wszystkie zmarły. Zadżumieni zajmowali 2 domy, które po ich wymarciu spalono. Zastałem już zgliszcza. Kordon tutejszy miejscowy już zniesiono. W poniedziałek jadę do Nikolskoje, we Wtorek (4 marca) będę w Wietlance. Jestem zdrów i moi towarzysze także zdrowi“.

Chłop Prokowiew stał się osobą historyczną. Nierozłączną od jego osoby jest kwestyja: dżuma czy kiła? która teraz zajmuje cały świat. W obec superarbitrium oddanego przez lekarzy urzędowych prof. Botkin obstaje przy swojém rozpoznaniu: dżuma. Niedaleka przyszłość pouczy nas, po czyjéj stronie była słuszność.

Do przepisów sanitarno-policyjnych, wywołanych niebezpieczeństwem dżumy, przybyło nowe rozporządzenie ministeryjalne, które okólnikiem Namiestnictwa z dnia 26 lutego br. zostało zastósowane także w naszym kraju. Jest rzeczą sprawdzoną, że wracający z Rosyi mieszkańcy górnych Węgier, trudniący się handlem obnośnym, zawlekli w roku 1831 cholerę z Rosyi do Węgier. Zachodziła obawa, aby panującéj obecnie dżumy w ten sam sposób nie zawleczono z Rosyi. W skutek odezwy węgierskiego ministerstwa spraw wewn. zarządziło zatém austr. ministerstwo spraw wewn. reskryptem z d. 31 stycznia br. aby na wracających z Rosyi a szczególnie z południowych gubernij demokrążców węgierskiéj narodowości lub słowaków szczególną zwracano uwagę, aby przed przepuszczeniem przez granicę zbadano stan ich zdrowia przez najbliżéj zamieszkałego lekarza, a rzeczy ich odpowiednio do jakości poddano desinfekcyi już to przez należyte skropienie dwuprocentowym rozczynem kwasu karbolowego, już to przez wykadzenie za pomocą chloru wywiązującego się z chlorku wapna za dodaniem odpowiedniéj ilości kwasu siarkowego. Urzędy cłowe bezpośrednio zawiadomione zostały o tém zarządzeniu a lekarze powiatowi dostarczą im wymienionych środków desinfekcyjnych, zarazem wyznaczeni zostali lekarze do oględzin wspomnionych domokrążców i przeprowadzenia desinfekcyi ich rzeczy. Na paszportach takich domokrążców, które zresztą posiadać mają warunki podane w rozporz. minist. z dnia 2 lutego br. i z dnia 9 lutego br., należy umieścić prócz klauzuli przepisanéj w instrukcyi wydanéj rozporządzeniem Namiestnictwa z d. 6 bm. potwierdzenie podpisane przez lekarza, iż stan zdrowia właściciela paszportu przy przejściu granicy był zadowalający, oraz potwierdzenie urzędu, iż rzeczy tegoż poddano przepisanéj niniejszém desinfekcyi. W razie przydybania w kraju domokrążców wracających z Rosyi, a nie posiadających na paszporcie wymaganego potwierdzenia, należy w miejscu przydybania przedsięwziąć desinfekcyję ich rzeczy i dokonanie jéj uwidocznić na paszporcie.

Urzędowa *Wiener Ztg* ogłasza następujące Rozporządzenie ministerstwa handlu z d. 28 lutego 1879.

Korespondencyje z okolic Rosyi dotkniętych dżumą poddawane będą odwanianiu nie tylko przez władze rosyjskie w odnośnych strażnicach kordonowych, lecz także na granicy austryjackiéj przez urzędy pocztowe w Podwołoczyskach i Szczakowy. Odwaniania tego wspomniane urzędy pocztowe dokonywać będą w ten sposób, że każdy zwykły list, karta korespondencyjna, dzienniki i dowody pocztowe (listy frachtowe) wystawione będą w aparacie desinfekcyjnym pod wpływem pary kwasu karbolowego na kilkogodzinne mocne gorąco. Ponieważ postępowanie to pociągnie za sobą w listach pieczętowanych lakiem stopienie laku i zamazanie znaku na pieczątce, przeto nietykalność zamknięcia takich korespondencyj zabezpieczoną zostanie w ten sposób, iż przed odwanianiem na listach zapieczętowanych lakiem przylepioną zostanie pieczęć urzędowa, któréj się nie odlepi i któréj para kwasu karbolowego nie zniszczy. Przesyłki pieniężne z Rosyi otwierane także będą komisyjonalnie w celu podobnego odwaniania przez wspomniane urzędy pocztowe. Pieniądze papierowe i kruszcowe znajdujące się w listach, jak niemniéj koperty poddane zostaną odwonieniu w sposób powyższy, poczém otrzymają nowe opakowanie i adres i zostaną zapieczętowane pieczęcią urzędową. Przesyłki próbek i pakunki (paczki i przesyłki frachtowe) z gubernij dotkniętych dżumą podlegają desinfekcyi tak samo, jak pakunki podróżnych z tych okolic jadących. Po dokonaniu odwonienia listy i przesyłki natychmiast przy najbliższéj sposobności odesłane zostaną na miejsce przeznaczenia.

Rząd pruski w d. 20 lutego rb. wydał rozporządzenie odnoszące się do środków, mających powstrzymać przewleczenie dżumy drogą morską.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 8 (od 16 — 22 lutego) umarło w Krakowie osób 29; męż. 18 i kob. 11; w obwodach osób 17, w szpitalach 12; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 26,7; w Warszawie 26,0; w Poznaniu 24,2; w Wiedniu 30,5; w Budapeszcie 38,9; w Pradze 41,5; w Tryjeście 28,8; w Berlinie 23,1; w Monachium 33,4; w Dreznie 30,3; w Bazylei 23,8; w Londynie 23,7; w Chrystyjanii 20,9; w Petersburgu 47,7; w Odessie 44,2; w Bukareszcie 40,3. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 7 osób; 1 z dławca, 2 z duru brzusznego, 2 z gorączki połogowéj, 1 z róży i 1 z zimnicy.

Doniesiono od 23 lutego do 1 marca ze szpitalów i klinik: o 1 przypadku ospy (zkąd?), o 1 przypadku dławca (św. Jana L. 310), o 1 przyp. duru osutkowego (od Hanzlika), o 1 przyp. duru brzusznego (od Hanzlika na Kleparzu), o 1 przyp. duru powrotnego (zkąd?) o 1 przyp. zimnicy (Długa 54) i o 1 przypadku róży.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 6 marca. Otrzymaliśmy z Nowego Yorku zeszyt p. t. *Index medicus, a monthly classified record of the current medical literature of the world*. Compiled under the supervision of Dr. J. S. Billings and Dr. R. Fletcher. Vol. I. January 31, 1879 (in 8vo m. str. 72). Jestto nowo powstałe czasopismo, w zeszytach miesięcznych wychodzić mające. Zeszyt pierwszy zawiera spis wszystkich czasopism lekarskich w świecie wychodzących, z podaniem tytułu i ceny, a następnie biblijografiję dzieł i rozpraw wyszłych w ostatnim miesiącu według podziału systematycznego. W końcu roku dodanym będzie spis przedmiotów i autorów; będzie to więc prawdziwa biblijografija lekarska w całém znaczeniu powszechna, a dla pisarzy lekarskich nader pożyteczna. Z zadowoleniem zapisać nam wypada, że nietylko czasopisma lekarskie polskie nie są pominięte, ale i nazwiska autorów polskich i tytuły ich prac wcale poprawnie są zamieszczone w tym zeszycie, co w każdym razie świadczy o wielkiéj staranności i sumienności wydawców.

* W Nrze 9 tygodnika „*Centralblatt f. d. med. Wissenschaften*" z r. b. zamieszczony jest artykuł Dra Browicza, pt. „*Experimenteller Beitrag zur Histologie der acuten Nephritis*". Jestto streszczenie rozprawy autora drukowanéj w sprawozdaniach z posiedzeń Akademii Umiejętności krakowskiéj.

* W Cieplicach czeskich odnaleziono nareszcie źródło główne w głębokości 14 metrów. Radość ztąd wielka w mieście, a Cesarz niemiecki i W. X. badeński telegraficznie przesłali swe życzenia.

* **Mianowania i odznaczenia.** Za zasługi oddane Towarzystwu pielęgnowania rannych i chorych wojskowych w Warszawie otrzymali order św. Stanisława 2giéj kl. lekarze: Wiktor Grossztern i Hipolit Aleks. Zaręba (pierwszy oznaki orderu ustanowione dla niechrześcijan), a lekarz Jan Stefan Budzyński order św. Anny kl. 3ciéj. — Prof. Widerhofer, dotychczasowy lekarz przyboczny Arcyksięcia następcy tronu, mianowany został lekarzem przybocznym Arcyksiężniczki Maryi Waleryi i otrzymał krzyż komandorski orderu Franciszka Józefa. — Prof. Reder we Wiedniu otrzymał order korony żelaznéj 3ciéj kl.

* **Wiadomości osobowe.** Drowie Leodgard Gąsiorowski i Julijusz Grünstein, lekarze w Zaleszczykach, wybrani zostali członkami Rady powiatowéj zaleszczyckiéj.

* **Nekrologija.** D. 2 bm. umarł tu Dr. Bernard Feuermann po kilkumiesięcznéj chorobie w 63tym roku życia. Dr. F. urodził się w stolicy Trenczyńskiéj w Węgrzech, studyja gimnazyjalne ukończył w Peszcie, lekarskie we Wiedniu, a w r. 1843 rozpoczął praktykę lekarską w Bochni, gdzie miał sposobność oddawania ważnych usług lekarskich nieszczęśliwym ofiarom r. 1846. Ożeniwszy się w Krakowie z córką zawołanego wówczas praktyka Dra Rosenzweiga, osiadł w naszém mieście i przez lat 30 i kilka należał do ulubionych przez publiczność lekarzy i cieszył się zaufaniem jéj aż do ostatnich chwil życia, tak dalece, że w godzinę po śmierci jeszcze pojawił się w jego pomieszkaniu człowiek, aby go prosić o odwidzenie chorego. Nieboszczyk był praktykiem *par excellence* i w ciągu lat wielu rzadko kiedy wydalał się na czas dłuższy z Krakowa, ciągle zajęty opieką nad swoimi chorymi, niestrudzony w niesieniu pomocy. To też oprócz licznych kolegów rozmaite warstwy ludności spieszyły z oddaniem ostatniéj czci zmarłemu, a wielka liczba osób towarzyszących konduktowi wymownie świadczyła, że nieboszczyk dobrze spełnił swój żmudny obowiązek. Temu przeświadczeniu ogólnemu dał wyraz wymowny nad grobem Dr. Warschauer, który rzewnemi i pełnemi uczucia słowy żegnał zmarłego kolegę. Niechaj ziemia będzie lekką temu, który odpoczywa teraz po wieloletnich trudach, podjętych dla dobra cierpiącéj ludzkości!

* W Berlinie umarł znakomity chemik sądowy prof. Sonnenschein.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 5: Oettingera: Dżuma w Europie w stuleciu bieżącém i przeszłém; Janikowskiego: Skrwawienie z pępowiny w kąpieli letniéj; — w *Medycynie* Nr. 9: Sokołowskiego: O chorobach krtani i gardzieli wikłających suchoty płucne (c. d.); Kondrackiego: Przypadek rozerwania naczyń krwionośnych krezkowych w skutek uderzenia w okolicę łonową; — w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 9: Kadlera: O wstrzykiwaniu płynów do kiszek i o niedomykalności zastawki Bauhina.

Redakcyja otrzymała:

Dra St. SMOLEŃSKIEGO (z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie): Doświadczenia nad działaniem chlorku pilokarpinu. Osobne odbicie z Pamiętnika Tow. Lek. warszawskiego 1879, in 8vo str. 36.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Środę dnia 12 b. m. o godz. 5 popoł. w sali Akad. Umiej. posiedzenie, na którém: 1) Dr. Ziembiński poda wiadomość o zakładzie żętycznym i wodoleczniczym w Lgocie na Szląsku austr. 2) Dr. Skórczewski odczyta dalszą część pracy o kąpielach borowinowych.

Na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach złożył w Redakcyi kol. Wiszniewski zła. 3.

Dla Prenumeratorów w Galicyi dołącza się do Nru niniejszego na okaz zeszyt próbny wydawnictwa: *Ziemssens Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie,*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa [illegible] krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 15 marca 1879. **№ 11.** Rok XVIII.

I. Z ambulatoryjum prof. Stoerka w Wiedniu.

Przypadek włókniaka wychodzącego z tylnéj ściany gardziela, częściowo operowanego.

Podał Dr. **Pieniążek**,
b. asystent prof. Stoerka.

Podczas wakacyj roku 1878, w którymto czasie prowadziłem kliniczne ambulatoryjum prof. Stoerka, miałem sposobność widzenia przypadku, który z powodu swéj rzadkości zasługuje na opisanie.

Była to kobieta 40 lat licząca, która opowiadała, że przed 17 laty połknęła była kawałek kości i od tego czasu uczuwa pewne utrudnienie przy połykaniu, które się zwłaszcza w ostatnich czasach znacznie powiększyło.

Badanie wykazało tylną ścianę gardziela zajętą przez guz jajowaty o powierzchni gładkiéj, zakryty z góry przez podniebienie miękkie, które bardzo wyraźnie ku przodowi wypychał, z dołu zaś zachodzący po za chrząstki nalewkowe, które przezeń także odepchnięte były od kręgosłupa ku przodowi. Guz ten zajmował całą szerokość tylnéj ściany gardziela i rozsuwał tylne jéj łuki na bok; powierzchnia jego zupełnie gładka, kształt i wielkość blisko połowy jaja gęsiego, rachując w to części przez podniebienie i chrząstki nalewkowe pokryte. Przy dotykaniu guz nie był bolesny; w środku i ku górze był on podatny i nie zbyt wyraźnie chełboczący, po bokach, równie jak i w całéj dolnéj połowie zupełnie twardy, niepodatny. Błona śluzowa nad guzem była przynajmniéj po bokach przesuwalną, guz zaś sam nieprzesuwalny. Badanie choréj zresztą nic nieprawidłowego nie wykazywało.

Dla pewności rozpoznania przekłółem igłą Pravaza guz w miejscu najwyraźniejszego chełbotania i wyciągnąłem kilka kropel płynu mętnego, lecz nie gęstego, którego wejrzenie odpowiadało nie czystéj ropie, ale raczéj cieczy surowiczo-ropiastéj, jaka przy ropieniu w jamach surowiczych, albo też w jamach torbielowych się zdarza. Nie mogłem już wątpić, że mam przed sobą zamkniętą jamę, któréj treść stanowił płyn surowiczo-ropiasty; czy jednak był to ropień w sposób przewlekły powstały, którego otoczenie uległo stwardnieniu przez wytworzenie się nowéj tkanki łącznéj, czy też był to nowotwór, którego część, może poprzednio torbielowo przeobrażona, zropieniu uległa, tego rozstrzygnąć nie mogłem. W każdym razie za najpierwsze wskazanie uważać musiałem przecięcie téj części, która wykazywała chełbotanie i rzeczywiście wykonałem takowe dnia 10/9, w kierunku podłużnym z góry na dół. Cięcie było mało bolesne, krwawienie bardzo małe; po cięciu odeszło trochę częścią cieczy płynnéj, częścią gęstéj ropy. Po przecięciu przekonałem się, żem się dostał do jamki kilka centimetrów szerokości mającéj, wypełnionéj płynem ropiastym, na około któréj żadnéj gładkiéj ściany wyśledzić nie mogłem, ale w otoczeniu miąższ kruchy, a dalej na kilka linij grubą, twardą włóknistą powłokę. Tak się rzeczy miały w górnéj części guza, gdy część dolna większą jego połowę zajmująca równie jak części boczne pozostały po przecięciu tak jak przedtém twarde, nie podatne. Przez przecięcie ropnia wielkość guza bardzo nieznacznéj tylko uległa zmianie i to tylko w górnéj jego części.

W otwartéj obecnie jamie zacząłem szukać częścią palcem, częścią zaś zondą na wszystkie strony, czy przypadkiem połkniętéj przed 17 laty kości nie znajdę; poszukiwania jednak moje były zupełnie bezskuteczne, a pouczyły mnie tylko o rozmiarach jamki, o własnościach jéj otoczenia i o niepodatności dolnéj części guza.

Po badaniach tych musiałem dojść do przekonania, że mam do czynienia z nowotworem, którego część tylko i to względnie do całości wcale mała przeszła w zropienie. Twardość i niepodatność guza, jego długo trwający rozwój (17 lat) i niebolesność przemawiały za tém, że musi on być natury włóknistéj, a więc i dobrotliwéj: słaba reakcyja na ropień w nowotworze powstały zdawała się tylko potwierdzać to rozpoznanie. Gdzie był punkt wyjścia nowotworu, trudno było ocenić na pewne, nieprzesuwalność bowiem mogła była być skutkiem jego wielkości i usadowienia w tak szczu-

płéj przestrzeni, że ją musiał na boki rozpierać. Najprawdopodobniéj przypuścić było można, że punktem wyjścia była tu okostna trzonów kręgowych i ochrzęstna chrząstek międzykręgowych.

Skoro przecięcie miejsca zropiałego nie przyniosło pożądanego rezultatu co do zmniejszenia guza, pomyśleć należało o tém, czyby takowego drogą operacyjną całkowicie usunąć się nie dało; myśl ta jednak wydawała mi się zbyt śmiałą. Naprzód samo usadowienie guza czyniło zupełne wyłuszczenie takowego bardzo trudném, a powiedzmy otwarcie, z jamy ust wprost nie możebném; jakkolwiekby bowiem można było wyciąć lub wyskrobać guz, o ile takowy dał się widzieć, jakkolwiek wyłuszczając go podejść by można znacznie w górę za podniebienie miękkie i skontrolować lusterkiem rynoskopijném, czy się tam wszystko wyjęło, to jednak zajście po za chrząstki nalewkowe w dół, gdzie wnosząc z kształtu, dość znaczna część guza znajdowała się jeszcze, musiało natrafiać na znaczne trudności, nie tylko pod względem operacyjnym, ale nadto pod względem kontroli, czy operacyja dokładnie wykonaną została. W razie wreszcie dokładnego wykonania operacyi zachodzić by musiała obawa co do następowego gojenia, gdyż okostna kręgów w znacznéj prawdopodobnie części razem z nowotworem zdjętą by być musiała. Wreszcie w najlepszym razie otrzymalibyśmy po wygojeniu ogromną bliznę zajmującą całą tylną ścianę gardziela, która przy połykaniu itp. zapewne skutkiem ciągłego ruchu musiała by ciągle pękać, jeżeli by odrazu ściągnięcie jéj nie nastąpiło, skutkiem którego zwężenie w jamie gardzieli powstać by mogło. Uwagi te skłoniły mnie do porzucenia myśli o wyłuszczeniu nowotworu. Natomiast powziąłem myśl inną, która zdawała mi się daleko więcéj obiecywać; pomyślałem sobie, że jeżeli wytnę znaczną część nowotworu w kierunku z góry na dół, przez co niejako podłużną brózdę w nim wytworzę, to operacyja będzie o wiele łatwiejszą do wykonania i nie będzie przedstawiać tych niebezpieczeństw, jakie przy zupełném wyłuszczeniu nowotworu miałem na oku. Dobrotliwa natura nowotworu o utkaniu włóknistém, trwającego lat 17, usuwała obawę szybkiego rozrostu, jaki przy rakach i mięsakach po nie zupełném takowych wyjęciu zwykł następować; co najwięcéj obawiać się mogłem, że tkanina tak słabo unaczyniona, jak są w ogóle twarde włókniaki, a ztąd tak mało zdolna do silniejszéj zapalnéj reakcyi, będzie powoli obumierać, a przez to gojenie znacznie się opóźni. Obumieranie takie tkaniny nie straszyło mnie jednak, mniéj się tu bowiem obawiałem jego skutków, właśnie z powodu słabego unaczynienia włókniaka, a przecież prędzéj czy późniéj musiałoby nastąpić sekwestracyjne zapalenie oddzielające z razu części obumarłe od zdrowego miąższu, a następnie prowadzące do zagojenia. Po zagojeniu obiecywałem sobie, że brózda przezemnie zrobiona ulegnie pewnym zmianom, brzegi jéj się nieco ściągną, przedstawiać więc będzie łagodniejsze zagłębienie, pewna warstwa nowotworu pozostanie tu wprawdzie przy tylnéj ścianie gardziela, nie powinna ona jednak dać się uczuć choréj, która przez lat 17 tak wielki guz w gardle nosiła. W razie gdyby resztki nowotworu znowu rozrastać się zaczęły, co w obec dobrotliwéj tegoż natury zaledwie za lat kilka byłoby możliwém, dałoby się takąż samą operacyję jako łatwą i nie niebezpieczną śmiało powtórzyć, a w danym razie co lat kilka powtarzać.

Względy te skłoniły mnie, że tegoż samego dnia (10/9 1878) przystąpiłem do operacyi, którą wykonałem w następujący sposób: Ugniotłszy język o ile można szpatełką Turcka, któréj trzymanie saméj choréj powierzyłem, uchwyciłem następnie szczypczykami haczykowatemi brzegi przeciętego ropnia, a trzymając mocno szczypczyki w lewéj ręce okroiłem bisturem kończystym, trzymanym w prawéj ręce, najwięcéj wystającą część guza po stronie lewéj. Toż samo wykonałem po stronie prawéj trzymając szczypczyki w ręce prawéj a bistur w lewéj. Dwa cięcia łukowate, które w ten sposób wykonałem ograniczały przestrzeń podłużnie eliptyczną, któréj szerokość w środku dwa palce wynosiła, długość zaś odpowiadała przestrzeni, którą przy ugniataniu języka wzrokiem objąć mogłem. Następnie uchwyciwszy część okrojoną szczypczykami Museaux odpreparowałem ją bisturem, o ile można było w głąb. Łatwo pojąć, że operacyja w ten sposób bisturem wykonana nie była zbyt wygodną, zwłaszcza gdy ją odbywać należało szybko z powodu, że dotykanie części gardziela równie jak spływająca krew drażniły chorą, nie miałem zaś przy sobie odpowiednio zakrzywionych nożyczek, któreby całą operacyję znacznie ułatwiły. Krwawienie jednak nie było wcale znaczne, bolesność bardzo mała, a chora wcale nie nazbyt drażliwa, tak, że i w ten sposób dojść mogłem do celu. Po ukończeniu operacyi przedstawiła mi się brózda w środku do dwóch palców szeroka, sięgająca od podniebienia miękkiego (w chwili podniesienia) blisko do chrząstek nalewkowych.

Na drugi dzień uzupełniłem operacyję w ten sposób, że za pomocą nożyczek odpowiednio długich, w płaszczyźnie zagiętych, wyciąłem jeszcze części guza po nad chrząstkami nalewkowemi się znajdujące, przyczém posługiwałem się dla kontroli lusterkiem laryngoskopijném, a zarazem wyciąłem części pod podniebienie miękkie się chowające. Brózda wycięta w ten sposób stała się dłuższą i szerszą a zarazem usuniętą została część nowotworu, wznosząca się po nad chrząstkami nalewkowemi, któraby połykanie utrudniać mogła.

Jak po pierwszéj operacyi, tak i teraz przeszukałem dokładnie w ranie palcem i zondą, czy nie znajdę wspomnianéj kości; nie udało mi się jednak nic wyśledzić. Chora czuła przy łykaniu mały ból w gardle, mimo tego jednak twierdziła, że łykanie bezpośrednio, równie jak na drugi i trzeci dzień po operacyi odbywało się łatwiéj, niż przedtém. Czwartego dnia zauważyła chora, że ból przy łykaniu zmniejszył się nieco i odtąd zmniejszał on się coraz bardziéj, a 10 dnia po operacyi oświadczyła mi chora, że od lat 17 nigdy tak lekko nie łykała. Tegoż dnia dodała pacyjentka do swoich zeznań, że wprawdzie przed 17 laty kość połknęła i od tego czasu cierpiała na trudne połykanie, że jednak guz który operowałem, dopiero od 3 miesięcy zauważyła. Gdybym tę wiadomość był otrzymał przed wykonaniem operacyi, nie byłbym pewnie do niéj tak skorym, obecnie jednak trzeba się było pogodzić z faktem dokonanym, wreszcie pocieszałem się tą myślą, że prawdopodobnie spostrzegła chora górną część guza, która z powodu ropienia w ostatnich miesiącach powstałego znaczniéj wypuklać się zaczęła. Rana w ciągu pierwszego tygodnia okazywała się prawie zupełnie oczyszczoną, goiła się jednak powoli, przyczém wystające brzegi brózdy spłaszczały się i zbliżały do siebie coraz więcéj. Ranę pędzelkowałem roztworem kwasu karbolowego w glicerynie przez dwa tygodnie, potém pozostawiłem ją bez miejscowego leczenia. Wycięte kawałki nowotworu przedstawiały makroskopijnie obraz twardego włókniaka, mikroskopijnie badane nie były.

W cztery tygodnie po operacyi przedstawiłem chorą

prof. Stoerkowi (7/10 1878); brzegi rany były już tak do siebie zbliżone, że prof. Stoerk sądził zrazu, że tylko cięcie podłużne przez nowotwór wykonaném zostało, przytém prócz małego, pokrytego ziarniną miejsca w środku tylnéj powierzchni gardziela zabliźnienie było już zupełne. Chora, która była z wyniku operacyi nadzwyczaj zadowoloną, chciała już Wiedeń opuścić uważając się za zupełnie zdrową; prof. Stoerk jednak chciał jeszcze wykonać kilka cięć przez resztki guza, aby następnie po zagojeniu osiągnąć tém większe ściągnięcie jego tkaniny; w tym też celu zatrzymał jeszcze chorą po moim wyjeździe z Wiednia.

Listownie dowiaduję się od prof. Stoerka, że wykonał on jeszcze po obu stronach blizny środkowéj po 2 cięcia skośnie w poprzek, a zarazem od góry i wewnątrz ku dołowi i zewnątrz idące, po których zabliźnieniu tém większe ściągnięcie miąższu guza nastąpiło. Chora opuściła Wiedeń zupełnie zadowolona z wyniku operacyi, utrzymując, że już żadnéj przeszkody przy łykaniu nie uczuwa.

II. Kamienie i skamieliny w ustroju zwierzęcym.

Napisał **J. Pacuła**, weterynarz miejski, członek Tow. lek. krak.

Bardzo częstą przyczyną wielu chorób a szczególnéj morzyska u zwierząt domowych bywają masy nieorganiczne, nagromadzone w jamach i przewodach ciała zwierzęcego. Masy te znane są pod nazwą kamieni i skamielin żołądkowych, kiszkowych, moczowych, żółciowych i ślinowych. Tworzenie się ich odbywa się często w skutek zwolnionego wydzielania treści z przewodów, jako następstwo zwężenia, lub też upośledzenia kurczliwości takowych; najczęściéj jednak wywołane zostają przez wprowadzenie do ustroju wielkiéj ilości istót nieorganicznych. Wielkość tych kamieni i skamielin jest różną; od ziarnka piasku dochodzą one czasem do wielkości głowy dziecięcéj. Kształt ich jest zwykle kulisty, jeżeli znachodzi się ich więcéj, to bywają małe i nieco spłaszczone. Powierzchnia kamieni bywa zwykle gładką, skamielin zaś często chropowatą a nieraz i kosmatą. Na przekroju przedstawiają kamienie: ziarniste, krystaliczne albo zupełnie bezkształtne masy, ułożone zwykle w warstwy spółśrodkowe, czasem równéj, nieraz różnéj grubości, twardości i różnego zabarwienia. Wspólną zaś własnością wszystkich kamieni jest jądro, które najczęściéj już jako ciało obce z zewnątrz do ustroju zwierzęcego się dostało i jest niejako istotą przyciągającą, około któréj osadzają się sole wapniowe jako masy krystaliczne lub osadowe. Zdarza się jednak, że tém jądrem nie są części nieorganiczne, lecz skrzepy krwi lub włóknika, barwik, albo też komórki przybłonka solami nasiąkłe. Te ostatnie nazywamy jądrami organicznemi.

Przyczyną powstawania skamielin w przewodzie pokarmowym jest nagromadzenie się zbyt obfite mułu, piasku i włókien roślinnych, które zbite razem i nasycone solami tworzą nieregularne bryły w kiszkach zwierząt roślinożernych.

Kamienie przewodu pokarmowego są gatunkowo cięższe od skamielin i znachodzą się u konia w żołądku a najczęściéj w kiszce ślepéj, skamieliny zaś znajdujemy u konia i świni w kiszkach, u odżuwaczy w żołądku i kiszkach.

Kamienie żołądkowe u konia mają kształt kulisty o powierzchni gładkiéj, barwy szaréj; średnica ich dochodzi do 13 cm. Z powodu nadzwyczajnéj rzadkości takowych przypuszcza wielu, a między nimi Brückmüller, że w żołądku znachodzić się nie mogą, gdyż jak nam wiadomo pokarm tam bardzo krótko zatrzymuje się, a właściwe trawienie i rozpuszczanie części nieorganicznych w okrężnicy i kiszce ślepéj u konia się odbywa.

U psa znachodzą się kamienie żołądkowe jeszcze rzadziéj, zwykle jednak po kilka razem, są przytém małe i nieco spłaszczone, blado żółto zabarwione i o gładkiéj zupełnie powierzchni. Najczęściéj ze wszystkich kamieni w ustroju zwierzęcym napotykamy kamienie u konia w okrężnicy i kiszce ślepéj, które tworzą zbite, w stosunku do swojéj wielkości bardzo ciężkie masy, kształtu kulistego o powierzchni gładkiéj, barwy szaro-żółtéj, brunatnéj lub szaréj. Ułożone zwykle są z warstw spółśrodkowych, grubych od 1 do 4 mm. i mają wyraźne jądro, które tworzy zwykle połknięte ziarnko piasku, kawałek gwoździa lub drzewa.

Jeżeli znachodzą się pojedyńczo, to wtenczas dochodzą do znacznéj wielkości, tak, że średnica ich wynosi czasem 15 cm., czasem nagromadzone są w wielkiéj ilości, aż do 100 sztuk; w takim razie są małe i nieco spłaszczone.

Badaniem tych kamieni zajmowali się Girard, Gurlt, Morton a najwięcéj Fürstenberg; ostatni wykazał, że wszystkie mają prawie jednakowy skład chemiczny i składają się przeważnie z fosforanu magnowego i wapniowego, z węglanu wapniowego, krzemionki, chlorku potasu, chlorku sodu i żelaza. Powstawanie ich w kiszkach konia wytłumaczyć można w ten sposób, że w paszy konia a mianowicie w osłonkach ziarn znajduje się wielka ilość fosforanu magnowego, a mniéj fosforanu i węglanu wapna. Wprawdzie kwas wolny znajdujący się w sokach trawiących rozpuszcza części nieorganiczne zawarte w tych pokarmach, jednak żywienie konia przez dłuższy czas temi istotami, jak np. otrębami, zmniejsza jędrność wszystkich organów i osłabia ruch robaczkowy kiszek, w skutek czego pokarmy pozostają tamże przez czas dłuższy i częściom nieorganicznym dają sposobność wykrystalizowania i osadzenia się około jakiegoś ciała obcego. Wydzielanie to bywa jeszcze przyspieszone przez obecność amonijaku w przewodzie pokarmowym, który strąca fosforan magnowy, sam zaś dostaje się do przewodu z wodą do pojenia, która dłuższy czas w stajni zostawała.

Wielki okaz kamienia z kiszki ślepéj widziałem niedawno; pochodził on ze starego konia, padłego na morzysko, należącego do woziwody i żywionego poprzednio otrębami. Kamień ten znaleziony w kiszce ślepéj ma kształt zupełnie kulisty, powierzchnię gładką jakby polerowaną, jest barwy szaro-żółtawéj i waży 583 grm. Na przekroju okazuje powierzchnię o średnicy 9 cm., złożoną z warstw spółśrodkowych różnéj grubości, ciemniejszych i jaśniejszych, a w środku ziarnko piasku jako wyraźne jądro, około którego osadzały się sole. Badanie chemiczne dokonane przez p. Leona Kopffa kandydata medycyny, wykazało z części organicznych ślad kwasów żółciowych a z części nieorganicznych fosforan magnowy, obok małéj ilości fosforanu i węglanu wapniowego, jakoteż krzemionki i mały ślad żelaza.

Kamienie tego rodzaju powstają bardzo szybko, gdyż Fürstenberg znalazł u konia przez cały rok dwa razy dziennie żywionego otrębami a następnie padłego, kamień, na którego przekroju 720 warstw naliczył, co znaczy, że codziennie po dwie warstwy się osadzały.

Po kamieniach najczęściéj natrafiamy skamieliny w przewodzie pokarmowym, a szczególnie u odżuwaczy, które jak już wspomniałem, tworzą masy porowate o powierzchni ko-

smatéj, utkane przeważnie z włókien roślinnych i nasycone solami.

Kamienie i skamieliny są przyczyną rozszerzenia i zgrubienia ścian, przedarcia i zgorzeli błony śluzowéj a nawet i przedarcia całéj ściany kiszek. Kamienie małe są zwykle nieszkodliwe, wielkie zaś wywołują wyżéj wymienione zmiany i śmierć zwierzęcia. Oprócz opisanych kamieni i skamielin z przewodu pokarmowego, znajdujemy u zwierząt także kamienie moczowe, które powstają z wydzielania się rozpuszczonych soli ziemnych w moczu, prawdopodobnie już w kanalikach moczowych lub miedniczce nerkowéj, w pęcherzu, nakoniec w napletku np. u owiec. Znajdujemy je wprawdzie w cewce moczowéj i w moczowodach, tam jednakże dostały się tylko przypadkowo, gdyż u zwierząt nie mają tam warunków odpowiednich do tworzenia się. W napletku u wołu i owcy otoczonym długiemi włosami pozostałe krople moczu ułatniają się i pozostawiają sole moczowe. W kanalikach moczowych powstają kamienie moczowe jako małe, okrągłe z kryształków złożone ziarna. Ziarna te spływają do organów zawierających mocz, jak miedniczka lub pęcherz i około nich warstwami osadzają się sole moczowe, tworząc w ten sposób kamienie moczowe. Czasem jednak nagromadzają się te ziarna w wielkiéj ilości i zlepione zostają śluzem, tworząc tym sposobem kamień osadowy moczowy. *(Fürstenberg).*

Wielkość kamieni moczowych od maleńkiego ziarna dochodzi u konia do takich rozmiarów, że średnica ich niekiedy 8 cm. wynosi. Kształt ich odpowiada organom, w których powstały, i tak w pęcherzu są jajowate, w kanalikach okrągłe a w miedniczce odpowiadają formie tejże. Powierzchnia tych kamieni bywa zwykle nierówną, brodawkowatą i często kryształkami pokrytą. Jeżeli się ich znajduje kilka razem, jak zwykle u psów, to przylegające powierzchnie w skutek tarcia się jednego o drugie znajdziemy gładkiemi. Barwa kamieni moczowych jest szarą, kamieni osadowych białą.

Stósownie do składu chemicznego rozróżniamy u zwierząt kamienie moczowe jako sole: węglany przeważnie u roślinożernych, krzemiany u wołu i owcy, szczawiany u psa i świni, oraz moczany. Różnorodny skład chemiczny kamieni moczowych pochodzi z różnéj paszy, jaką nasze zwierzęta domowe spożywają.

Choroby narządu moczowego i ciała obce są zwykle przyczyną tworzenia się kamieni moczowych, jeżeli jednak tych warunków nie ma, to sposób ich powstawania jest dla nas nieznanym. Obecność ich u zwierząt nie zawsze wywołuje oznaki chorobowe i tylko przypadkiem po śmierci zwierzęcia je znajdujemy. Często jednak wywołują one zapalenie, ropienie i zgorzel błony śluzowéj lub zatkanie przewodów moczowych i śmierć zwierzęcia w skutek mocznicy.

Najczęściéj znachodzą się one u psa, następnie u konia i wołu, rzadko u świni a najrzadziéj u owcy.

Z żółci wytwarzają się także kamyki żółciowe składające się przeważnie z barwika żółci. Oprócz nich znachodzą się także skamieliny a raczéj oskorupienia przewodów żółciowych, przeważnie z fosforanu i węglanu wapniowego złożone. Kamienie żółciowe świeże jeszcze są miękkie, barwy brunatnéj zielono przeświecającéj i dokładnie uwarstwione, wysuszone zaś stają się kruchemi, są barwy ciemno-zielonéj a wewnątrz jasno-czerwonéj. W przewodach żółciowych mają te kamyki kształt jajowaty, lub kulisty, w pęcherzu są jajowate i wypełniają go nieraz całkowicie tak, że długość takiego kamienia wynosi 8 a szerokość 3 cm. Kuleczki barwika żółci dają pierwszy powód do wytworzenia się ich.

Oskorupienia przewodów żółciowych napotykają się bardzo często u owiec i wołów chorych na motylicę. Oskorupienia te są porowate, barwy brunatnéj i wypełniają nieraz cały kanał żółciowy. Badane przedstawiają siatkę, któréj belki tworzy węglan wapniowy a między niemi znajdują się części składowe żółci. Wielkie kamienie żółciowe znajdowano dotychczas tylko u wołu, mniejsze u psa. Fürstenberg znajdował je także u konia i świni.

III. Oceny i sprawozdania.

Doc. Dr. T. Browicz: **Wypadek badania doświadczalnego zmian nerek w zapaleniu ostrém.** (Osobne odbicie z Rozpraw Akad. Umiejętności).

Różne jest zapatrywanie badaczy na zmiany histologiczne i powstanie tychże w zapaleniu nerek ostrém, i tak: gdy jedni szukają istoty zmian tkaninowych wyłącznie w sprawie zapalnéj śródmiąższowéj, zaprzeczając istnienia czysto miąższowéj formy zapalenia nerek w myśl Virchowa, inni sądzą, iż należy uważać pewne formy zapalenia nerek za sprawę czysto miąższową, dotyczącą właściwéj części wydzielniczéj miąższu nerkowego. Rozstrzygnięciu tego pytania stoi przedewszystkiém na zawadzie ta okoliczność, iż stosunkowo rzadko można mieć sposobność badania drobnowidowego zmian histologicznych w tém cierpieniu w okresie wczesnym na zwłokach ludzkich. Dlatego użył autor jedynego racyjonalnego w téj mierze sposobu badania, tj. badania doświadczalnego na zwierzętach. Wzniecał u królików zapalenie nerek ostre przez wstrzykiwanie podskórne roztworu kantarydynu a następnie badał w rozmaitych odstępach czasu zaszłe w miąższu nerkowym zmiany tak makroskopowo jak mikroskopowo. Wynik tych badań jest nadzwyczaj pouczający, jako rozstrzygający ważną kwestyję istnienia pierwotnego, pierwszorzędnego zapalenia miąższowego nerek:

1) Zmiany dotyczyły wyłącznie właściwéj wydzielniczéj części miąższu nerkowego, tak zwanego labiryntu.

2) Autor stwierdził powiększenie się kłębków Malpighiego i złożenie istoty częścią bezpostaciowéj, szklistéj, częścią drobnoziarnistéj w przestwór pomiędzy osłonką łącznotkankową a samym kłębkiem z następowym ugnieceniem kłębków. Złogi podobne znalazł autor również w cewkach moczowych w postaci wałeczków.

3) Stale znachodziło się obrzmienie pokładu przybłonkowego cewek moczowych, sprawiające poniekąd znaczne ścieśnienie światła tychże.

4) Tak wśród pokładu przybłonkowego, jak w jamach cewek nerkowych znachodziły się tu i owdzie ciałka okrągłe, łatwo barwiące się, które autor uważa za równorzędne z komórkami rozrzuconemi tu i owdzie w przestworach śródmiąższowych.

5) Tkanka śródmiąższowa przedstawiała tylko bardzo nieliczne komórki okrągłe, bezbarwne, gdzieniegdzie w drobnych rozrzucone gromadkach.

Na podstawie tych wyników doświadczalnych udowodnił autor, iż istnieje bezsprzecznie forma zapalenia nerek czysto **miąższowa**, gdzie schorzenie pokładu przybłonkowego jest zmianą pierwotną, polegającą na złożeniu wypociny do wnętrza przybłonków nerkowych, forma przypominająca *per analogiam* formy powierzchowne, miąższowe zapalenia płuc. *Dr. Poniklo.*

Proff. Loebisch i Rokitansky (w Insbruku): **Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung.** (*Wiener Klinik, 1 u. 2 Heft 1879*). Sprawozdanie Dra M. Kramarzyńskiego w Brzesku.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10.)

Filehne robiąc doświadczenia na zwierzętach widział pomyślne skutki z użycia az. amyl. w oddychaniu, po największéj części będącém zwiastunem rychłego zgonu a polegającém na tém, że powstaje z początku powierzchowne oddychanie a każdy następny oddech staje się głębszym, aż wreszcie powstaje bezdech, aczkolwiek częstość wdechów nie ulega zmianie i znowu stopniowo oddechy stają się coraz to płytszemi, aż oddychanie ustaje całkiem przez ¼—½ lub nawet przez całą minutę, poczém znowu to samo zjawisko się powtarza. Jest to tak zwany objaw oddechowy Cheynego-Stokesa. Rokitansky przekonał się o skuteczności a. a. w podobném oddychaniu u człowieka. Crohley Clapham zaleca używanie a. a. w chorobie morskiéj z skutkiem pomyślnym, a Heldt, który stwierdził podczas wdychania amylnitritu zaczerwienienie nerwu wzrokowego i silniejsze napełnienie tętnic naczyniówki, zaleca go w niedoślepie, w zastępstwie strychninu, gdy ostatniego chory nie znosi. Z 27miu przypadków szumu w uszach, mającego swe źródło w cierpieniu błędnika, widział Michael w 19 zmniejszenie szumu a między temi w 4ch natychmiastowe polepszenie słuchu po wziewaniu kilku kropel. Urbantschitsch, Burnett również doświadczali a. a. w tym samym kierunku.

Sposób użycia azotynu amylowego. Pomijając wstrzykiwania podskórne i podawanie wewnętrzne, najwłaściwszym sposobem użycia go jest wziewanie, przyczém rada Urbantschitscha, który z początku daje choremu jedną tylko kroplę, rozlaną na bibułę albo watę do wdychania kilkoma głębokiemi wdechami, tak, aby i powietrze atmosf. miało przystęp, przedewszystkiém godną jest naśladowania, bo dowiedziawszy się w ten sposób, że chory nie ma do leku szczególnotkliwości, śmiało możemy podać sporszą dawkę. Ponieważ a. a. jest lekiem dzielnym a w danym razie niebezpiecznym, przepisujemy go tedy chorym w maleńkich dawkach odosobnionych, ku czemu służą rureczki szklane podług pomysłu Solgera, każda napełniona 3—5 kroplami. Pick wymyślił w tym samym celu małe flaszeczki, szczelnie się zamykające, które w razie potrzeby bardzo szybko można otworzyć. Loebisch i Rokitansky przepisują go w następującéj formie: Rp. Amylnitriti puri 5·00 D. in vase vitr. epist. vitr. clauso S. w razie napadu 1—3 kropli użyć.

(Pominąwszy niedogodność odmierzania w razie potrzeby kropel, nie możemy się zgodzić na powyższy sposób przepisywania, bo lek tak dzielny w ilości 5.00 w flaszeczce, powierzony osobie nie umiejącéj się z nim obchodzić, łatwiéj może być powodem nieprzyjemnych następstw, aniżeli gdy każdą pojedynczą dawkę przepiszemy osobno w rurkach Solgerowskich pouczając chorego, aby usiadł lub wcale położył się, a nadłamawszy koniec rurki zawierającéj lek, wylał ostatni na chustkę lub watę i wdychał. Przepisujemy zatém:

Rp. Olulas c. amylo nitroso Solgeri tres.... quinque.

S. W razie potrzeby nadłamawszy koniec rurki wyłać ciecz na chustkę i wdychać. *Sprawozd.*)

II. Pilokarpin. Chlorek pilokarpinu przedstawia przeźroczyste, białe kryształki, łatwo w wodzie rozpuszczalne. smak ma słabo gorzki, ściągający, 0.02 téj soli odpowiadają co do skuteczności nalewce liści jaborandy z 5.00 na 120.00 a nie sprawiają przykrych skutków ostatniéj, jakoto: nudności, wymiotów, bicia serca itd.

Skutki fizyjologiczne: Chlorek pilokarpinu, zażyty w ilości 0.005, pobudza wydzielanie śliny, w ilości zaś 0.01—0.02 działa jako lek napotny i naślinny, przyczém wywołuje także zwężenie źrenicy; atoli przewyższa go co do ostatniego skutku ezeryn; 0,02 wstrzyknięte pod skórę chorego sprawiają zaczerwienienie twarzy, uczucie gorąca a w minutę potém doznaje chory napływu śliny w ustach. Z początku mierne ślinienie wzmaga się znacznie, a po upływie pół lub całéj godziny ustaje. Często dopiero w kilka minut po zastrzyknięciu pojawiają się obok ślinienia poty, naprzód na czole a następnie tam, gdzie się stykają 2 powierzchnie skóry. Poty te trwają 2—3 godzin, gdy chory leży w łóżku, w przeciwnym razie godzinę, z następowemi dreszczykami. Nawet wydzielina gruczołów łzowych, jakotéż gruczołów błony śluzowéj nosa i oskrzelów ma się w skutek działania tego leku zwiększać, a ilość utraty chorego na ciężarze po 2—3 godzinnym ślinotoku i potach ma wynosić 1—4 kilogr. Ilość moczu jest zmniejszoną podczas działania chlorku pilokarpinu, co łatwo wytłumaczyć, gdyż ustrój traci znaczną ilość wody przez poty i ślinotok. Bezpośrednio na nerki nie działa. Tętno, jakotéż i ciepłota ciała nie ulegają znacznym zmianom. Zjawiska wywołane działaniem chlorku pil. tłumaczą badacze zwiotczeniem ścian naczyń w skutek przemijającego nie zupełnego porażenia nerwu współczulnego; podczas gdy Nawrocki i Popow zadrażnienie obwodowych części nerwów błędnych podają za przyczynę zwolnienia tętna, które powstaje z początkiem działania leku namienionego. Niektórzy a między nimi Rokitansky spostrzegali po zażyciu 0.02 chlorku pil. biegunkę, bicie serca, zawrót głowy itd., atoli wszystkie te przypady miały ustąpić bez szkody dla chorego po wstrzyknięciu mu pod skórę 0.0006 atropinu.

Zastósowanie lecznicze. Chlorek pilok. okazał się skutecznym głównie w puchlinie, powstałéj z zapalenia nerek po płonicy, błonicy itd. a nawet w puchlinie, będącéj skutkiem wady sercowéj, mianowicie, gdy naparstnica zawiodła (Leyden). Ponieważ jednak nie mamy dotąd dokładnych wiadomości, o ile pilokarpin oddziaływa na mięsień sercowy, dlatego, gdzie mamy do czynienia z wadą sercową, należy pilokarpinu ostrożnie używać. Zadają go też z pomyślnym skutkiem w celu usunięcia wypociny opłucnowéj, rtęcicy przewlocznéj, a także w zimnicy i zapaleniu gruczołu przyusznego. Massmann, Kleinwaechter, Schauta (i Chądzyński), przekonali się o poronném działaniu pilokarpinu; dlatego też zachęcają do użycia jego jako środka pobudzającego macicę do kurczu, a ostrzegają przed używaniem u ciężarnych, jeżeli nie ma wskazania do wzniecenia lub też przyspieszenia bólów porodowych.

Dawki. Chlorek pilokarpinu zalecają podawać chorym wewnętrznie w ilości 0.01—0.03 a przepisywać go według wzoru:

Rp. Pilocarpini muriatici 0.10
Sacchari albi. — 2.00
M. f. pulv. in pp. acq. X. dividendus
S. Co 3 godziny proszek zażyć.

Do wstrzykiwań podskórnych bierze się zwykle w stosunku 0.20 na 10.00 wody a jeden centim. sześć. takiego roztworu zawiera 0.02 chlorku pilokarpinu.

Uwaga Sprawozd. Jeśli 0.02 chlorku pilokarpinu wystarczają do wywołania ślinotoku a zwłaszcza potów tak, że po 2—3 godzinném poceniu się ubywa chorego na ciężarze 3—4 kilo-

gramów, to sądzimy, że dawka powyższa, użyta raz na dzień lub wcale nawet co drugi dzień, dostateczną będzie do leczenia choroby, nie tylko bowiem ustrój chorego nie przyzwyczai się do leku, ale podając kilka razy dziennie po 0.02 chlorku pilokarpinu zbyt osłabilibyśmy chorego skutkami leku a nawet mogłyby przytém wystąpić niepożądane przypady zniewalające nas do porzucenia go. Zresztą wskazania do użycia pilokarpinu tyczą się chorób przewłocznych. Właśnie lecząc chorego na *M. Brightii subseq. hydrope universali*, u którego kwas garbnikowy z aloną, środki moczopędne i napotne tak w formie leków jakoteż w kąpielach stósowane, mały sprawiały skutek, uciekliśmy się do chlorku pilokarpinu, a lek ten podany w ilości 0.02 dziennie sprowadza u chorego obfite poty, trwające 4—6 godzin na całéj powierzchni skóry, a zatém i na tych częściach ciała, gdzie przy używaniu leków poprzednio namienionych poty się nie pojawiały. Ślinotok dotąd nieznaczny. Jeśli chory zmuszonym jest podczas pocenia się opuścić łóżko, natychmiast poty ustają a wracają dopiero w godzinę po powrocie chorego do łóżka (jeśli przerwa nie była dłuższą niż kilkuminutowa), nie są atoli tak obfitemi jak wtedy, gdy chory wcale łóżka nie opuszcza. Wydzielina oskrzelów staje się rzadszą i łatwiéj bywa wykrztuszaną. Ilość moczu względnie zmniejszona. Podajemy to do wiadomości czytelnika, albowiem jest to jedną zachętą więcéj do użycia tak dzielnego środka napotnego, acz wyniku ostatecznego jeszcze nie możemy podać, gdyż chory dotąd pozostaje w leczeniu. Namieniamy tylko, iż lek wziętym był z apteki K. Wiszniewskiego w Krakowie. (C. d. n)

V. Bovet (w Neufchâtel): **O własnościach przeciwgnilnych kwasu pyrogalusowego.**

Autor podaje wyniki swych doświadczeń, czynionych w pracowni Nenckiego w Bernie nad własnościami przeciwgnilnemi kwasu pyrogalusowego (*pyrogallolu*). Kwas pyrogalusowy jest fenolem trójatomowym ($C_6 H_3 (OH_3)$, i należy do ciał nadzwyczaj łatwo ukwaszalnych i dlatego chciwych tlenu, który rychło odbiera innym ciałom rozkładając się na kwas szczawiowy i octowy. Jest rozpuszczalny w wodzie, eterze i wyskoku, ma smak gorzkawy i oddziaływa obojętnie. Autor używał w swych doświadczeniach miąższu trzustki zwierzęcéj, jako istoty bardzo szybko się rozkładającéj, który już to w stanie świeżym bezpośrednio po wydobyciu z trzew zwierzęcych, jużto w stanie gnilnym zanurzał w roztczynach różnego zgęszczania kwasu pyrogalusowego przez krótszy lub dłuższy przeciąg czasu w cieplocie od 35 do 40° C., chcąc się przekonać, czy obecność przerzeczonego kwasu zdoła powstrzymać rozwój sprawy gnicia lub też gnicie już rozpoczęte przerwać.

Miąższ trzustki świeżéj utrzymywany w roztczynie dwuprocentowym kwasu pyrogalusowego nie przedstawiał nawet po upływie kilku miesięcy żadnych oznak gnicia i nie można było wykazać pod drobnowidem obecności prątków; podczas gdy toż samo ciało zanurzone w wodzie przekroplonéj już po upływie dwu dni wydawało silną woń gnilną i okazywało znaczną ilość grzybków.

Toż dodanie roztczynu dwuprocentowego kwasu pyrogalusowego do miąższu trzustki, pozostającego przez kilka dni w zetknięciu z powietrzem atmosferyczném i wydającego silną woń gnilną, zdołało po upływie 2 do 3ch dni przerwać zupełnie sprawę gnicia i zniszczyć wszystkie żyjące prątki. Podobny wynik otrzymał autor doświadczając z płynami, w których przez pewien przeciąg czasu były zanurzone różne części organiczne. Nadto chcąc ocenić bezpośredni wpływ kwasu pyrogalusowego na prątki dodawał autor za pomocą pręta szklanego po kropelce roztczynu 10, 5 i trójprocentowego tegoż kwasu na szkiełko przedmiotowe preparatu drobnowidowego, zawierającego mnóstwo żywo poruszających się prątków; każdym razem bezpośrednio po dodaniu ustawał ruch prątków i nie pojawił się już przez cały możebny przeciąg czasu badania, tj. do chwili zupełnego zaschnięcia preparatu. Wreszcie przekonał się autor, że kwas pyrogalusowy powstrzymuje również fermentacyję wyskokową i tworzenie się pleśni na powierzchni roztczynów cukru.

Opierając się na tych wynikach doświadczał autor skuteczności wstrzykiwań i płukań z roztczynu kwasu pyrogalusowego w kilku cierpieniach u ludzi jakoto: w sapce z owrzodzeniami jamy nosowéj (*ozaena*), w przypadku rozpadającego raka policzka itp., tudzież polecił jednorazowo użyć tego środka zamiast kwasu karbolowego do opatrywania rany na grzbiecie; we wszystkich tych przypadkach nie ustępował ten środek w skuteczności ani kwasowi karbolowemu ani kw. salicylowemu. Przeciw użyciu tego środka jednak w wykonawstwie lekarskiém przemawia własność trująca tegoż (2—4 grm jest dawką trującą dla psa), tudzież ta okoliczność, że powleka narzędzia stalowe powłoką czarną i plami skórę żółto. (*Lyon médical 12 Janvier 1879.*) *Dr. Ponikło*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie IV. z dnia 19go lutego 1879 roku.

Przewodniczący kol. Ściborowski. Obecnych członków czynnych 32 1 Członek korespondent i 2 gości.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10.)

W dyskusyi kol. Rybczyński oświadcza, że przypadek opowiedziany przez kol. Buszka nie jest już pierwszym przypadkiem otrucia chloroformem spostrzeganym w Krakowie. Przed 6 laty wezwany został do dziecka sześcioletniego, któremu przez pomyłkę ojciec zamiast przepisanego roztczynu chininu podał łyżeczkę mięszaniny chloroformu z oliwą (aa. unciam), który to lek przepisany był przez innego lekarza dla kogo innego, a tylko przypadkowo z apteki zamiast roztczynu chininu dostał się w ręce ojca owego dziecięcia. Po zadaniu chloroformu nastąpiły objawy podobne jak po chloroformowaniu przez wziewanie, tętno częstsze stawało się coraz szybszém, oddech powolny, szczęki nie były ściśnięte. Nie znając odtrutki chloroformu mówca starał się o świeże powietrze, skrapiał zimną wodą i zaprowadził sztuczne oddychanie, mimo wszelkich starań dziecko jednak umarło. Kol. prof. Blumenstok podnosi nadzwyczajną rzadkość otruć chloroformem użytym wewnętrznie, dla tego też trudno utworzyć sobie stanowcze zdanie co do sposobu działania takowego i leczenia. W żadnym dziele toksykologiczném nie znajdujemy dokładnéj symptomatologii otrucia chloroformem i opisu zmian pośmiertnych. Mówcy znanym jest przypadek otrucia chloroformem, w którym była robiona sekcyja przez prof. Brodowskiego w Warszawie, Brodowski prócz przekrwienia płuc nie znalazł nic charakterystycznego. Mówcę uderzył przytoczony przez kol. Buszka objaw katatoniczny, tj. utrzymywanie się stałe ręki otrutéj w położeniu podniesioném; przy otruciu przez wziewanie chloroformu podobnego objawu nie spostrzegano. Kol. Warschauer namienia, że często się wydarzało przy znieczulaniu chloroformem, zwłaszcza w początkach zaprowadzenia tego środka, że osoby znieczulane umierały, dziwna więc rzecz, że sekcyje dotąd nie wykazały zmian charakterystycznych dla otrucia chloroformem. Z powodu wypadku opowiedzianego przez kol. Rybczyńskiego zwraca uwagę na ostrożność, jaką zachować należy zapisując w roztczynie jakiś lek trujący do użytku zewnę-

trznego, jak np. chloroform z oliwą, aby nigdy obok tego leku nie zapisywać innego rozczynu do użytku wewnętrznego, bo o pomyłkę wtedy z fatalnemi skutkami jest bardzo łatwo. Kol. Ściborowski wspomina, że aby uniknąć w takim razie pomyłki wystarczy, gdy zapisujemy dwa rozczyny dla jednéj osoby, jeden z nich zabarwiać ulepkiem na czerwono, a drugi pozostawić przeźroczystym i bezbarwnym jak woda. Kol. Obaliński: Najważniejszemi przypadami otrucia z spostrzeganych przez kol. Buszka były przypady dotyczące źrenicy. Za pierwszą bytnością u choréj znalazł on źrenicę zwężoną *ad minimum*, za drugą razą rozszerzoną. Doświadczenie wskazuje, że zwężona źrenica przy chloroformowaniu oznacza czas, w którym chirurg może przystąpić do wykonania zamierzonego rękoczynu, gdyż znieczulenie jest wtedy zupełne; przypad ten mógł więc zwrócić uwagę, że stan pacyjentki jest ciągle groźny, gdyż chloroform będąc użytym wewnętrznie wszedł do krwi i powstrzymywać jego działania było niepodobieństwem. Jeżeli źrenica przy chloroformowaniu jest rozszerzoną, oznacza to już agonię. Co do leczenia to w nowszych czasach Claude Bernard czy też Brown Sequard polecał łączyć chloroformowanie z podaniem morfinu, gdyż środki te mają przeciwnie sobie działać, należałoby więc w przypadku otrucia chloroformem próbować wprowadzić morfin do ustroju, wstrzykując go podskórnie. Kol. Buszek sądzi, że każdy lekarz widząc pacyjentkę po wymiotach uspokojoną, przytomną i dość silną, jeżeli mogła siedzieć, nie traciłby nadziei utrzymania jéj przy życiu, o zalecaniu morfinu w otruciu chloroformem nie było mu wiadomo. Kol. Rybczyński obstaje przy twierdzeniu, że odtrutki na chloroform nie znamy, o morfinie nie wspominają najnowsze dzieła, czytał o zalecaniu atropinu w otruciu chloroformem, ale i to środek zbyt nie pewny. Kol. Warschauer również mniema, że raczéj atropin niż morfin byłby odtrutką chloroformu, silne skurczenie tęczówki przemawiałoby za użyciem atropinu. Kol. Obaliński odpowiadając na pytanie kol. Blumenstoka mówi, że objaw katatoniczny również jak i objawy tężcowe podobne do *opisthotonus* lub *emprosthotonus* zdarzają się dość często przy chloroformowaniu w okresie pobudzenia *(st. excitationis)*. Doświadczenia dotyczące przeciwnego działania morfinu i chloroformu robione były na zwierzętach, a antagonizm ten tém się tłumaczy, że morfin sprowadza przekrwienie mózgu, chloroform zaś przeciwnie niedokrewność. Kol. Majewski twierdzi, że otrucie chloroformem następuje przez dostanie się tegoż do krwi, odtrucie więc nastąpić może tylko przez wydalenie chloroformu ze krwi, co się odbywa przez wydzielenie oddychaniem i z moczem. Kol. Buszek przeczy, żeby chloroform miał wydzielać się z moczem. Kol. Majewski sądzi, że rzecz się ma podobnie jak z wyskokiem. Niektórzy badacze sądzili, że napoje wyskokowe rozkładają się chemicznie w ustroju, Lallemand jednak i Perrin przekonali się, że wyskok wydziela się jako taki przez oddychanie i z moczem; co przyobiecuje w osobnym artykule w Przeglądzie Lekarskim obszerniéj przedstawić. Kol Buszek przytacza, że Schmiedeberg mięszał chloroform z krwią wytoczoną i przekonał się, że wówczas w skrzepie znajduje się więcéj chloru niż normalnie, w surowicy zaś ilość chloru nie była zwiększona, zdaje się więc, że chloroform wchodzi w związek chemiczny z ciałkami krwi. Kol. Jodłowski namienia, że widział niejednokrotnie w szpitalach rosyjskich zadawanie chloroformu wewnętrznie w przypadkach *delirium tremens*. Zapisywano 10 do 15 gm. na 200 gm., co godzina po łyżce, chorzy przy tém leczeniu uspokajali się i zasypiali, tętno stawało się spokojniejszém.

6) Kol. Browicz przedstawiając potwór dwojakowy *(monstrum per excessum, duplex)* zrodzony w Sanockiém, o którym Dr. Chamejdes podał wiadomość w Nr. 46 Przeglądu Lek. z r. 1878, zwrócił uwagę na pozornie bliźniacze wejrzenie takich potworów i przytoczył zapatrywanie dotychczasowe co do sposobu ich powstawania.

Potwór ten przedstawia dwa prawie odrębne ustroje, zrośnięte w dolnéj części miednicami i leżące w jednéj linii (*Ischiopagus*). Część górna obu ciał symetrycznie zbudowana, w części zrostowéj znajdują się po jednéj stronie dwie odnogi dolne prawidłowo wykształcone, po przeciwnéj stronie jedna w części tylko stopowéj częściowo zdwojona, powstała jakby ze zrośnięcia się dwóch stóp wewnętrznemi brzegami pod kątem rozwartym, na szczycie którego znajduje się kciuk, na obu bokach razem siedm palców (*Ischiopagus tripus*). Pępek jeden nieco z boku linii środkowéj położony; dwie tętnice pępkowe, jedna żyła rozgałęziająca się tuż po za pierścieniem pępkowym na dwie gałęzie, dążące do obu wątrób zrośniętych ze sobą częściowo wzdłuż dolnego brzegu. Części płciowe zewnętrzne niedokształcone. Na tylnéj powierzchni ciała po stronie dwu odnóg prawidłowych znajdują się dwie płaskie wyniosłości, pomiędzy któremi w linii podłużnéj ciała leżą trzy oddzielne otwory prowadzące do odrębnych kanałów. Tuż poniżéj otworu środkowego po obu stronach tegoż znajdują się po dwie fałdy płciowe, wargi sromne większe schodzące się na zewnątrz pod kątami ostremi, rozwartością zwróconemi ku sobie. Na szczycie tych kątów ślad łechtaczki, po jednéj stronie wyraźniejszy; dolny i górny otwór prowadzą do dwóch oddzielnych odbytnic. Otwór środkowy przedstawia zatokę moczopłciową, do któréj odrębne ujścia mają dwie pochwy i dwa pęcherze moczowe. Jedna macica dwukomorowa, druga dwurożna w części szyjnéj przegrodzona o dwóch ujściach; jajniki i trąbki prawidłowe. Wszystkie trzewa symetrycznie i prawidłowo ukształcone, dla obu połów potworu odrębne. Obie tętnice główne rozdzielając się na gałęzie biodrowe łączą się za pośrednictwem znacznych gałęzi zespalających. Kościec w częściach zdwojonych prawidłowo zbudowany, stosy kręgowe w części lędźwiowéj okazują zgięcie *(scoliosis)* wypukłością ku stronie, po któréj znajduje się tylko jedna odnoga dolna. Kości bezimienne miednic tylko po jednéj stronie tworzą prawidłowe spojenie łonowe. Po drugiéj stronie tylko część biodrowa kości bezimiennych prawidłowo ukształcona, kości łonowe i siedzeniowe niewykształcone, w miejsce ich znajduje się kość kształtu skośnego równoległoboku, na któréj zewnętrznéj powierzchni znajduje się panewka stawu biodrowego trzeciéj, częściowo tylko w części stopowéj zdwojonéj odnogi.

W dyskusyi kol. prof. Jakubowski prosi o wyjaśnienie, jak w tym przypadku rzecz się miała z naczyniami pępkowemi, czy pępek zawierał 2 żyły i 4 tętnice, jak się tego spodziewać należało. Kol. Browicz odpowiada, że były dwie tętnice a jedna żyła rozdzielająca się na dwie gałęzie. Kol. prof. Blumenstok pyta, jaka była w tym przypadku przyczyna śmierci i czy w obu ciałach identyczna? Pytanie to ciekawém jest ze stanowiska sądowolekarskiego, lubo kodeks austryjacki nic o podobnych potworach nie wspomina, inne prawa, np. kodeks pruski, wyraźnie nakazują mieć pieczę o otrzymanie ich przy życiu. Odpowiedź więc na to pytanie byłaby potrzebną, w razie gdyby taki obójniak został zgładzonym. Kol. Browicz odpowiada, że zwłoki nadesłane były już tak zepsute, iż przyczyny śmierci przy sekcyi oznaczyć nie było można.

7) Kol. Ściborowski w myśl przemówienia kol. Buszka stawia wniosek, aby Towarzystwo lekarskie zrobiło podanie do c. k. Namiestnictwa o niedozwolenie sprzedaży chloroformu i eteru bez przepisu lekarskiego, jeżeli w nowéj farmakopei nie zamieszczono tych środków w spisie leków trujących. Wniosek ten jednomyślnie przyjęto.

Na tém posiedzenie zamknięto. *Dr. Skórkowski.*

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie IXte z dnia 30go października 1878 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 13.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia

1) Sekretarz zdał sprawę z czynności Zarządu podczas wakacyj, a następnie odczytał obszerne sprawozdanie Komitetu, złożonego z budowniczego p. K. Zaremby, inżynierów Kaczmarskiego i Łatkiewicza oraz Dra Lutostańskiego, który prof. Dr. Korczyński zwołał był w celu udzielenia opinii co do planów budować się mających łazienek borowinowych w Krynicy, nadesłanych przez c. k. dyrekcyję domen i lasów, tudzież odezwę tejże dyrekcyi. Zdaniem komitetu miejscowość obrana pod budowę łazienek borowinowych, na południo-zachód od dzisiejszych łazienek położona u podnóża góry tak zwanéj źródłowéj, przedstawia wiele niedogodności higijenicznych, technicznych i ekonomicznych. Ile z przedstawionych planów wnosić można, nowy budynek łaziebny ma być całkiem samodzielny. Już ten wzgląd przemawia za możliwością postawienia łazienek borowinowych w każdém inném miejscu. Miejsca odpowiedniego

w Krynicy nie brak. Następnie komitet opisuje szczegółowo dwa systematy urządzenia łazienek borowinowych, od których zależy kształt i wewnętrzny rozkład budynku łaziebnego. Wyłuszczywszy liczne niedostatki dawnego sposobu przyrządzania kąpieli borowinowych, w Krynicy dotychczas używanego, Komitet w zasadzie przyznaje wyższość nowemu systemowi urządzenia łazienek borowinowych, opisanemu przez Denglera z Reinerz, przyczém wyraża gotowość wypracowania szczegółowego programu budowy łazienek według nowego systemu, jeżeli to będzie życzeniem dyrekcyi domen i lasów. Wyłuszczywszy daléj niedostatki higijeniczne, balneotechniczne i architektoniczne projektowanego budynku i jego szczegółowych części, tudzież sposobu ogrzewania borowiny i wody, Komitet podaje obszerne i wyczerpujące uwagi, w jaki sposób należy urządzić budować się mające nowe łazienki borowinowe w Krynicy.

Po udzieleniu przez Sekretarza jako referenta objaśnień na żądanie Dra Ściborowskiego, Dr. Zieleniewski skreślił w dłuższém przemówieniu przebieg sprawy budowy nowych łazienek borowinowych, przyczém namienił, iż jeszcze w styczniu 1876 r. przedstawił c. k. dyrekcyi domen i lasów elaborat w tym przedmiocie, wraz z kosztorysem i szkicami, wypracowanemi przez p budowniczego Matusińskiego. Dr. Zieleniewski czyni wreszcie wniosek, aby Kom. baln. zażądała od dyrekcyi domen i lasów złożenia planu sytuacyjnego całego zakładu tudzież planu niwelacyjnego Krynicy. Wniosek przyjęto.

2) Sekretarz odczytuje odezwę c. k. dyrekcyi domen i lasów, w któréj żąda ona wygotowania szczegółowego programu budowy nowych łazienek borowinowych, według nowego systemu zbudować się mających. Dr. Warschauer powątpiewa, czy praca przedsięwzięta przez Kom. baln. osiągnie pożądany skutek, na co Przewodniczący odpowiada, iż dyr. domen i lasów powzięła ważną decyzyję, żąda bowiem nie tylko wypracowania dokładnego programu ale ewentualnie przesłania szkiców, poczém Dr. Zieleniewski namienia, iż zamiar budowy nowych łazienek jest stanowczy, oraz że w tym celu w preliminarzu budżetu na rok 1878 zamieszczono już 12000 złr.

Następnie zabrał głos p. inżynier Kaczmarski i wniósł aby w celu zapewnienia należytego wykonania wypracować się mającego programu zaproponować c. k. dyrekcyi domen i lasów, iżby jeden z budowniczych krakowskich wypracował szczegółowe plany nowych łazienek borowinowych pod nadzorem Komisyi balneologicznéj.

Na wniosek Przewodniczącego wybrano Komitet, złożony z Drów Zieleniewskiego i Lutostańskiego, oraz z pp. budowniczych i inżynierów Kaczmarskiego, Łatkiewicza, K. Zaremby i L. Zieleniewskiego, który ma się zająć zbadaniem całéj sprawy, tudzież wypracowaniem żądanego programu budowy nowych łazienek borowinowych w Krynicy.

3) Następnie Sekretarz odczytał odezwę p. barona Krusensterna, właściciela Niemirowa, w któréj tenże ofiaruje się oddać na lat 30 zakład kąpielowy w téj miejscowości istniejący pod wyłączny zarząd Komisyi balneologicznéj, jeżeli ta swoim kosztem zakład wzmiankowany należycie urządzi. Po dłuższéj rozprawie, w któréj zabierał głos Przewodniczący prof Dr. Korczyński, Dr. Ściborowski, Dr. Domański i Lutostański, uchwalono podziękować p. b. Krusensternowi za łaskawą ofertę z namienieniem, iż Kom. baln., jako ciało naukowe nie posiada żadnych funduszów a témbardziéj jeszcze nie może obejmować żadnego przedsiębiorstwa. Gotowa jednak Komisyja udzielić właścicielowi wszelkich uwag i rad, tudzież w razie potrzeby posłać swego delegata w celu zbadania rzeczy na miejscu i udzielenia możebnych wskazówek co do urządzenia zakładu niemirowskiego.

4) Wreszcie odczytano pracę Dr. Krówczyńskiego ze Lwowa pod tytułem: „O leczeniu chorób piersiowych sposobem używanym w Goerbersdorfie". Praca ta zamieszczoną została w Przeglądzie Lekarskim. Rozprawy nad tym przedmiotem z powodu spóźnionéj pory odroczono do następnego posiedzenia.

Dr. A. Lutostański, sekretarz.

V. Odpowiedź na list otwarty Dra A. Sokołowskiego w Goerbersdorfie.

Długo ociągałem się z odpowiedzią, bo przypuszczałem, że w poruszonéj przez szan. Kolegę sprawie, którą zechciałeś ogłosić pod formą listu otwartego do mnie, usłyszymy głos kompetentny, który o wartości metod leczniczych w ogólności a w szczególności o metodzie goerbersdorfskiéj wyrokować może. Na opóźnienie odpowiedzi wpłynęła zresztą okoliczność, iż w ostatnich chwilach formę otwartych listów przynajmniéj w naszym zakątku kraju nieco zdyskredytowano; dorozumiewając się jednak pobudki, która szan. Kolegę do napisania listu otwartego skłoniła, chętnie ulegam życzeniu kolegów i kilkoma słowy odpowiadam.

Żywe dyskusyje, jakie toczyły się nad odczytem o metodzie goerbersdorfskiéj tak w Tow. lek. galicyjskich, jak w komisyi balneologicznéj Tow. lek. krakowskiego, a o których przynajmniéj dotąd prawie nie znajdujemy śladów drukowanych, chciałeś szan. Kolega wywołać powtórnie, a dla korzyści naszych następców chciałeś je widzieć ogłoszone. Zupełnie pojmuję tę szlachetną pobudkę, i bynajmniéj nie dziwi mię Twoja chęć rozprawiania o ulubionym przez Ciebie przedmiocie, który Twą pracę prawie wyłącznie absorbuje. Jeżeli mam być zupełnie szczerym, to wyznać muszę, że ta pobudka również wstrzymywała moją odpowiedź, w któréj nie trudno byłoby mi dowieść, że w liście szan. Kolegi nie spotykam żadnych zarzutów, któreby rzeczywiście tyczyły się mojéj rozprawki.

Że pobudką ogłoszonego listu była tylko chęć wznowienia dyskusyi i opracowania w ten sposób przedmiotu, który na opracowanie z wielu względów zasługuje, tego dowodzą przedewszystkiém przykłady w liście Kolegi ogłoszone, które wykazują, „że suchoty płucne przedstawiają nam się jako ogromna grupa chorób płuc, o różnéj etyjologii i przebiegu charakteryzującym się tą wspólną cechą, że zmiany ostateczne przedstawiają mniéj więcéj zbliżone do siebie obrazy kliniczne."

Słusznie więc żądasz szan. Kolega reformy w pojęciu suchot i nikt nie może zaprzeczyć „że badanie przyszłe chorób płucnych skierowane być winno ku temu, aby starać się na mocy gruntownych badań anamnestycznych, klinicznych i nekroskopijnych scharakteryzować bliżéj owe formy suchot," czyli jak się późniéj Kolega wyrażasz, „aby rozbić ową sztuczną grupę na mniejsze." Jeżeli praca w tym kierunku, jak sam przyznajesz Kolega, należy do przyszłości i jeżeli sam „nie ośmielasz się pod tym względem czynić jakichś stanowczych wniosków," chociaż ogromnym materyjałem rozporządzasz, jakże mógłeś żądać Kolega poruszenia téj ważnéj kwestyi odemnie, który na wstępie powiedziałem, że „niepowołany zabieram głos w sprawie wchodzącéj ściśle w zakres medycyny wewnętrznéj," i który na końcu rozprawki prosiłem czytelnika o pobłażanie za możliwe niedostatki, którego słusznie żądać mogłem bo „omawiany dział nie należy do zakresu mego zajęcia."

Zanim postanowiłem pisać o tém, co widziałem w Goerbersdorfie, długo zastanawiałem się nad formą, jakąby nadać należało rozprawce, aby wyminąć wszelkie naukowe trudności, z których jako nie specyjalista wybrnąćbym nie potrafił. Rozbiór „metody leczniczéj zwanéj goerbersdorfską" przedstawiał mi najmniejsze trudności, i dlatego taki nadałem tytuł rozprawce, przez co z zakresu jéj wykluczyłem wszystkie sporne kwestyje naukowe, których jednakże zupełnie ominąć było niepodobna, dlatego lekko tychże dotknąłem, i to tylko w tych miejscach, gdzie to niezbędném mi się wydawało.

Ktoby pobieżnie przeczytał list szan. Kolegi mógłby są-

dzić, że słusznie robisz mi zarzut, iż nie uznaję potrzeby „indywidualizowania chorych.“ Że zarzut ten byłby niesłusznym, tego dowodzę słowami przytoczonemi w rozprawce „o zachowaniu się chorych syfilitycznych itd.,“ którą Przegląd Lekarski w 1szym Nrze z r. 1879, a więc jeszcze przed ogłoszeniem listu kolegi wydrukował. Między innemi uwagami umieściłem tam ustęp, który wypada mi w téj chwili powtórzyć, a mianowicie: „stanowisko wiedzy lekarskiéj a przedewszystkiém terapii jakkolwiek nie wyklucza metod, to przecie dozwala na nie o tyle tylko, o ile koniecznie potrzebną jest znajomość reguły dla poznania wyjątków. A ponieważ organizm każdego człowieka jest, że tak powiem, wyjątkiem od ogólnego prawidła, bo przedstawia pewne cechy właściwe tylko sobie samemu, przeto potrzeba indywidualizowania zupełnie znosi ogólne metody, które właśnie dlatego, że są zanadto ogólne, są błędne i przesądne.“

Nie chcę nużyć czytelnika i dlatego nie przytaczam dalszych dowodów na poparcie, że Kolega pragnąc wznowić dyskusyję zaszczyciłeś mnie listem otwartym, w którym raczyłeś mi „wyrazić podziękowanie za poruszenie tak ważnéj kwestyi;“ dla Kolegi zaś, któremu znaną jest przytoczona pobudka byłyby wszelkie wywody zbytecznemi. Na tém móglbym odpowiedź moją zakończyć i uczyniłbym to, gdyby nie chęć bronienia metody goerbersdorfskiéj, czyli jak chciałbyś szan. Kolega aby ją nazywano, brehmerowskiéj; że ona ma wady zasadnicze, takie same jak każda metoda, i że jako metoda jest jednostronną, o tém tak samo jak Kolega nie wątpię; ale nie przez wdzięczność dla twórcy téj metody, lub źle zrozumianą kurtoazyję, lecz na podstawie rozbioru naukowego, z którym w rozprawce starałem się czytelnika zaznajomić, śmiałbym ją nazwać, nie jak to Kolega czynisz „szczęśliwym pomysłem prostych czynników,“ ale najlepszą metodą ze wszystkich metod leczniczych. Na to miano zasługuje dlatego, że jéj twórca opierając się na fizyjologii i uwzględniając prawa fizyjologiczne rządzące organizmami, przez to właśnie zrobił ją najmniéj jednostronną. I w tém leży zdaniem mojém istotna zasługa Brehmera, a nie, jak to Kolega twierdzisz, w tém, że „stosuje się ona w zakładzie leczniczym zamkniętym, przedstawiającym jak najlepsze warunki higijeniczno-dyjetetyczne pod ciągłą i nieustanną kontrolą lekarzy zakładowych.“ Gdyby tak było, wówczas na naśladowcę Dra Brehmera, który pod jego okiem założył w Goerbersdorfie zakład na wzór brehmerowskiego, spadałaby równa zasługa jak i na bardzo licznych jego naśladowców, którzy postwarzali podobne zakłady.

Mojém zdaniem zasługa Brehmera o wiele jest większą, a mianowicie o tyle, o ile trudniéj stworzyć fizyjologicznie uzasadnioną metodę leczniczą, i tę w czyn wprowadzić, aniżeli założyć zamknięty zakład i gotową rzecz naśladować.

Nie wiem, o ile usprawiedliwioną jest nadzieja urządzenia zakładów w naszym kraju na wzór goerbersdorfskiego, cieszyłbym się jednak z wielu względów z założenia tegoż w kraju, który podnosić moralnie i materyjalnie jest obowiązkiem każdego obywatela.

Lwów d. 8 marca 1879.

Z należnym szacunkiem
Dr. Krówczyński.

Opium i Betel.

Powszechném, jakkolwiek mylném jest mniemanie, jakoby ludy azyjatyckie jadały makowiec, i nieuzasadnioną jest także nazwa makojejców *(opiophagi)*, jak to wynika z bardzo zajmującego opisu podróży naokoło świata wydanego przez Dra Wernicha *(Geographisch-medicinische Studien, nach den Erlebnissen einer Reise um die Erde. Berlin 1878)*. Oto jak Wernich opisuje makojejców, z którymi się spotkał na okręcie podczas przeprawy przez Ocean wielki. „Na posadzce wysłanéj nie bardzo czystemi matami leżało 8 osób wyciągniętych tuż obok siebie. Pomiędzy każdą parą kopciła się lampka, a obok każdego stała nadto mała puszka z makowcem. W izdebce, 2 metry wysokiéj a 2½ metra szerokiéj i długiéj, czuć kłęby dymu woni przypalonéj i nadzwyczaj wstrętnéj, słodkiéj. Każden z nich z puszki nabierał pół płynnego makowca na szpilkę, a obracając nią suszył go nad lampką ostrożnie, dopóki powierzchowna warstwa tlić się nie zaczęła. Potém wkładał taką kuleczkę makowca w otworek fajki, mającéj dla powietrza kanalik, przekluwał ją igłą i zapalał od lampki. Kiedy się tli makowiec, rozpoczyna się dla makojejcy okres używania.“ Obraz makojejcy jest więc bardzo podobny do obrazu nałogowego palacza tytoniu.

Błędném jest mniemanie, jakoby pomiędzy chińczykami zwyczaj palenia makowca był powszechnym; jest on na równi z nałogowém u nas pijaństwem, paleniem tytoniu, używaniem morfinu itp. Przyzwyczajenie się do makowca nie wypływa z hołdowania modzie i z popędu naśladowania, jak u nas palenie tytoniu. Próbują go w początkach jako leku, podobnie jak u nas zastrzykiwań morfinu przeciwko bólom zębów, głowy, brzucha itp. Pierwsze próby palenia makowca tak się nie udają, jak u nas pierwsze próby palenia tytoniu, z powodu, że makowca nie umiejąc zaprawiać w odpowiednią masę, dymem się zakrztuszają, tak że początkujący wypali zaledwie $^1/_{80}$ część tego, co wypala wprawny w paleniu. Dalszym powodem do używania makowca jest poniekąd potrzeba pewnego podrażnienia, jak dla nas potrzeba zapalenia sobie papierosa. Kto chce w początkach odzwyczaić się od używania makowca, doznaje ślinienia, swędzenia w nosie, ziewania, sypia źle i miewa straszne sny. Starzy palacze makowca mogą się wstrzymać od palenia zaledwie kilka godzin, gdyż inaczéj tracą zupełnie łaknienie, dostają gwałtownéj biegunki, nieznośnych boleści w brzuchu a przy dłuższém wstrzymywaniu się od palenia nawet umierają; z tego powodu nawet na okrętach miewają takie osoby wyznaczone miejsca do palenia. W miastach należących do anglików, francuzów albo amerykanów są domy do palenia makowca urządzone z wszelkiemi wygodami. Chociaż nałogowi palacze makowca mają mały apetyt, przecież podczas palenia najczęściéj piją i uczty wyprawiają. Dzieje się to częściéj w domach publicznych, gdzie palący znajdują zaraz sposobność do zaspokojenia popędu płciowego, podniecconego za pomocą makowca. Palenie makowca sprawia początkującemu przeważnie uczucie znacznego gorąca, wprawionemu do palenia nader błogie uczucie ciepła. Jeżeli i w pokoju jest gorąco i słabo się robi palącemu, wtedy używają okładów z wody letniéj na głowę, kark i ramiona, oraz obcierają się mokremi szmatami. Następnie zapominają o wszelkich troskach życia, chociaż utrzymuje się świadomość o miejscu i czasie, i pragnienie pozostania jak najdłużéj w takim błogim stanie. W tym okresie wywiązuje się jakieś niepewne, nienaglące pragnienie zaspokojenia popędu płciowego; jeżeli pragnienia tego nie za-

spokaja się, wtedy powstawają rozmaite wspomnienia erotyczne i jeden obraz goni za drugim, jeden ponętniejszy od drugiego. Wtedy i dziewczęta publiczne chętniéj usuwają te mgliste obrazy, zwłaszcza, że w takiém upojeniu nie znają ludzie granic w używaniu. Wkrótce po tym okresie ustępuje zwolna przytomność, czasem nie zupełnie tak, że wtedy mogą opojeni wracać do domu o własnych siłach i przypominać sobie po przebudzeniu, co się z nimi działo; początkujący tylko tracą wszelką zdolność objawiania woli.

Ogólnie przyznają, że palenie makowca jest zgubném w wieku dojrzewania. Kiedy układ płciowy nie jest jeszcze rozwinięty, a w opojeniu makowcowém nastają silne erekcyje, wtedy wydarza się krwawienie z cewki moczowéj a nawet zauważano u ludzi w wczesnym wieku padaczkę. Jeżeli młodzi ludzie nie zaprzestają dalszego palenia, giną z ciągłych cięgotek. Po straszném wyczerpnięciu nerwowém i po kilkodniowém niejedzeniu musi wreszcie nastać przerwa w nadużyciu makowca.

Ludzie mniéj zamożni dopalają resztek makowca wyrzucanych przez majętnych i palą w ogóle gorsze gatunki. Rozwija się też u nich osłabienie ogólne, sen nieposilający, drzymka, wychudnienie, nieregularne wydzielanie, śmierć z wyniszczenia jako następstwo zupełnego braku zdolności asymilacyjnéj. Tacy ludzie miewają głowę głęboko pomiędzy łopatki wciśniętą, wyraz twarzy głupkowaty, cerę ziemisto-bladą, skórę zwiędłą.

Według obliczeń, ile makowca zużywają w stosunku do zaludnienia, wypada, że zaledwie $1-1\frac{1}{4}\%$ ludności oddaje się paleniu makowca, a więc stosunkowo znacznie mniéj, aniżeli w północnych Niemczech pijaństwu.

Majętni nie doznają takich smutnych skutków z nadużywania makowca, jak ubodzy, którzy umierają zazwyczaj w 7—8 lat, pierwsi mogą oddawać się téj namiętności aż do późnego wieku. Wielu usiłuje powstrzymać się od tego nałogu, podobnie jak nasi pijacy, lecz wola w tym kierunku okazuje się najczęściéj za słabą. Wyczekują więc wtedy pomocy od lekarstw, próbują leków tajemniczych albo poddają się w najlepszym razie racyjonalnemu leczeniu. Leczenie bywa najczęściéj nieskuteczne z powodu niepewności, czy należy zabronić dalszego używania od razu, czy téż zwolna. Próbowano leczyć za pomocą kozłka, chininu, chciano także osiągnąć skutki pomyślne przez podawanie większych ilości morfinu, czyli podsuwano choremu środek gorszy od tego, jakiego miał paść z czasem ofiarą.

Betel. Murzyni, japończycy i chińczycy używają pachnideł, którychby nie zniósł żaden europejczyk. Do takich należy u anamitów smród zgniły z ust powstający po długoletniém żuciu betlu, któremu nie dorówna najobrzydliwszy smród zgorzeliny płucnéj.

Masa betlowa składa się w czwartéj części z orzecha areki powleczonego masą z roztartego wapna palonego, ochry i nieco tytoniu zarobionego z wodą a owiniętego liściem z krzewu *piper betle*. Masę taką wkładają, jak u nas niektórzy tytoń, pomiędzy zęby a policzek. Początkowo przy żuciu téj masy doznają uczucia chłodu i odświeżenia podobnie jak po pieprzu; wkrótce potém nastaje bolesne ściąganie, smak właściwy alkaliczny a nawet wymioty a to z powodu, że ślina toczy się bardzo obficie i smród tylnemi nożdrzami dostaje się do nosa. Ilość śliny dochodzi czasami do pół litra na dobę. Ślinienie ma zmniejszać według mniemania anamitów poty a te mają być najszkodliwszą utratą soków i zwyczajną przyczyną chorób. Odświeżenie w ustach utrzymuje się po żuciu betlu przez czas dłuższy a palenie i wstrętny smród staje się dla amatorów téj przyjemności mniéj przykrym w miarę tego, im dłużéj jéj używają. *Dr. J. Buszek.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Zaraza astrachańska.** Wszystko przemawia za tém, że zaraza ta na teraz przynajmniéj ustała w zupełności. Wprawdzie zaniepokojono się znów na chwilę śmiercią dziecka 14-miesięcznego, która nastąpiła d. 4 bm. w Wietlance, jednak według depeszy urzędowéj sekcyja zwłok wykonana przez protomedyka naszego Biesiadeckiego w obecności lekarzy rosyjskich i zagranicznych wykazała, że dziecko to umarło z dyfteryi. W d. 8 bm. *Goniec urzędowy* ogłasza trzy telegramy profesora Eichwalda. Pierwszy z Wiarówki z d. 3 t. m. donosi, że stan zdrowia w całéj okolicy na północ Staryckoje jest szczególnie pomyślny. Dwa przypadki śmierci w Kamiennym Jarze nie zaszły skutkiem dżumy; dlatego prof. Eichwald i Dr. Hirsch wnoszą, aby znieść zamknięcie Kamiennego Jaru. Drugi telegram z Czarnego Jaru z d. 5 bm. mówi, że profesorowie Eichwald i Hirsch przekonali się, iż w grudniu r. z. istniała w Staryckoje zaraza dżumy wschodniéj i że zaszło 7 przypadków śmierci; o zarazie zaś indyjskiéj niema mowy. Trzeci telegram z Nikolskoje z d. 3 bm. stwierdza, że tam zaszedł jeden przypadek dżumy wschodniéj, ale nie zachodził żaden związek między tym przypadkiem a zarazą panującą w Wietlance. W skutku kroków sanitarnych znikła wszelka obawa co do Nikolskoje i Staryckoje. Profesorowie Hirsch i Eichwald wyjeżdżają wprost do Wietlanki. Do powyższych doniesień telegrafowanych dodaje hr. Loris-Melikow: W powiatach Czernojarskim i Jenotajewskim gubernii Astrachańskiéj na 118,000 mieszkańców umarło od pojawienia się zarazy w październiku 1878 do 7go lutego, to jest do ostatniego przypadku śmierci nie więcéj nad 500 osób. Oczywiście można powiedzieć, że zaraza jest pokonaną. Udowodnioném jest, że skoro odosobnienie chorych zupełnie wystarcza dla zapobieżenia dalszemu szerzeniu się zarazy, przeto można być zupełnie spokojnym i wszystkie stosunki przywrócić. Tenże telegrafuje d. 8 bm. z Astrachanu: „Niema chorych na zarazę, kwarantana we wsiach Wiazowce i Betajewce została zaniechaną, a tém samém ścieśnia się linija obsaczenia. Równocześnie zwinięto linije ochronne dokoła gubernii Astrachańskiéj i urządzenia kwarantanny w Sarepcie, Achtubie i Eltonie. Daléj donosi tenże z Astrachanu: Na wczorajszém (z d. 6 bm.) zebraniu lekarzy zagranicznych prof. Eichwald sporządził w Wietlance protokół, w którym Dr. Hirsch, Biesiadecki, Kabiadis, Petresko, i Eichwald stwierdzili, że w gubernii Astrachańskiéj, zaraza obserwowana od połowy października 1878 do końca stycznia 1879 r. była dżumą, która nosiła cechę tak zwanéj lewanckiéj (wschodniéj) zarazy dymienicowéj. Pomienieni lekarze wstrzymują się od uchwały co do sposobu zwalczenia zarazy, dopóki dalsze badania nie dadzą szczegółów dokładniejszych. Zarazę można uważać za wygasłą, gdyż od 9 lutego nie zaszedł żaden przypadek śmierci albo choroby, wszelako nie można ręczyć za możebny jéj powrót w miejscach dawniéj zakażonych, osobliwie w Wietlance. Lekarze doradzają następujące kroki przez Eichwalda proponowane: 1) dłuższy nadzór sanitarny w miejscach podejrzanych; 2) zachowanie obecnego odosobnienia każdéj wsi, która była zakażoną, aż do upływu prawem przepisanych sześciu tygodni; 3) zachowanie ogólnego zamknięcia wszystkich zadżumionych miejsc z 10dniową kwarantaną. Lekarze poczytują utrzymywanie obecnego kordonu dokoła gubernii Astrachańskiéj za zbyteczne.

Historyja choroby Prokowiewa w Petersburgu nie jest jeszcze dotąd wyjaśnioną, pomimo, że się nagle zjawił w Petersburgu syfilidolog berliński prof. Lewin, który chorego zbadał. Doniesienia atoli o jego orzeczeniu są sprzecznemi, jedne bowiem twierdzą, że wykluczył u chorego kiłę, drugie przeciwnie podają, że takową przypuścił. Tymczasem głośna sprawa chłopa rosyjskiego o mało co, że nie otrzymała *pendant* w Galicyi. Otóż niejaki Walzer w Mielnicy w pow. borszczowskim zachorował wśród objawów podejrzanych, jak doniósł Namiestnictwu Dr. Pizar. Delegowano natychmiast na miejsce koncepistę sanit. Dra Merunowicza, a gdy pacyjent d. 5 bm. umarł, wysłany zo-

stał prosektor Dr. Feigel celem uskutecznienia sekcyi, która stwierdziła, że chory cierpiał na karbunkuł i umarł z posocznicy. A więc Galicyja prędzéj się uspokoiła i lepiéj wyszła na swoim Prokowiewie.

Rząd angielski zamianował nareszcie Drów Colvilla i Paynego komisarzami sanitarnymi i wysłał ich do gubernii astrachańskiéj.

Dr. Colin, profesor epidemijologii w szkole lekarskiéj w Val-de-Grâce, w artykule p. t. *„La peste en Russie"* mniema, że system kwarantanowy da się przeprowadzić z korzyścią w miejscowościach nad Wolgą i że bardzo wiele na tém zależy, aby miasto Carycyn zabezpieczono przed zarazą. Za najważniejszy atoli środek uważa szybką ewakuacyję domów, w których zdarzają się przypadki choroby, i przeniesienie ludności w miejscowość zdrową, co również nad Wolgą da się uskutecznić, gdy kordon jest dość przestronnym. System zaś zamykania chorych i podejrzanych w ognisku choroby nazywa barbarzyńskim, a zastósowanie go w Noji w r. 1815 hańbą dla Europy i wieku 19go. Wreszcie palenie gniazd dżumy jest koniecznie wskazaném. Ze strony zaś państw dotąd bezpośrednio nie interesowanych krokiem najrozsądniejszym było wysłanie komisyi międzynarodowéj. *(Annales d'hygiène publ. 1879, Mars).*

Statystyka epidemij. Epidemija ospy w Londynie nie złagodniała, bo umarło osób nieco więcéj 22, chorych na ospę pozostaje w szpitalach 340 (z. tyg. 353). Świeżo zapadło 55 osób. W Wiedniu mniéj umarło 6, w Warszawie 2, w Budapeszcie więcéj 12, w Paryżu 14, w Petersburgu 56. O przypadkach śmierci z ospy donoszą z Pragi, Genewy, Stokholmu, Odessy, Aleksandryi. W Petersburgu umarło od 16—22 lutego z duru brzusznego osób 39, z duru osutkowego 10. Płonica ustaje w Nowym Jorku. *(Veroeff. d. kais. deutsch. Gesundheitsamt).*

* W końcu zeszłego tygodnia przyjęto na oddział chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza pięć osób chorych na dur powrotny *(Typhus recurrens).* Cztery z nich pochodzą ze wsi Piaski za Podgórzem w pow. Wielickim, piąta również z poza miasta. Wypadałoby, aby władza poczyniła odpowiednie kroki, by zapobiedz rozszerzeniu się choroby do tych rozmiarów, jakie przybrała była w roku zeszłym.

Równocześnie dur powrotny pojawił się we Wrocławiu, gdzie już jest 100 chorych, w większéj połowie włóczęgów zamiejscowych, a w Berlinie sprawdzono również trzy przypadki.

* Z nadesłanego nam przez Dra Bazylego Wolana w Czerniowcach sprawozdania szpitalnego wyczytujemy, że w ostatnich 12 latach leczono w szpitalu tamecznym 12,666 osób, z których wyzdrowiało 10,911, umarło 1,265, a niewyleczonych opuściło zakład 491. Z ogólnéj liczby chorych było 4008 wenerycznych (z tych 3312 syfilitycznych), na choroby wewnętrzne cierpiało 3578 osób (na dur 298, zimnicę 266, dyfteryję 117), na choroby zewnętrzne 2828 osób (operacyj trudnych znaczniejszych wykonano 540), na choroby skórne 1054, na choroby umysłowe 320, na choroby oczne 210.

Komisyja sanitarna odbyła pod przewodnictwem Dra Warschauera dn. 11 marca br. posiedzenie, na którém: 1) Dr. Buszek przedstawił stan śmiertelności z lutego: Zmarło w tym miesiącu najmniéj ze wszystkich miesięcy w ciągu ostatnich 3 lat, bo tylko 130 osób, czyli na rok i 1000 mieszkańców 27,6 (w r. 1877 w tym samym miesiącu 38,4; w r. 1878 38,8), a to głównie z powodu niskiéj śmiertelności pomiędzy dziećmi do 5 roku życia (31,5%). Umarło nieco więcéj z chorób narządu oddechowego 35,4% (z. m. 34,8%) i z chorób zakaźnych 17,6% (z. m. 15,8), mianowicie: 2 dzieci nieszczepionych z ospy, 6 z dławca, 5 z duru brzusznego, 3 z gorączki połogowéj, 3 z płonicy, 2 z róży, 1 z zapal. nagm. opon mózgordzeniowych. W ostatnich czasach nadeszła wiadomość ze szpitalów o przybyciu tamże chorych z durem powrotnym (1 z Prądnika i 2 z Piasków za Podgórzem). 2) Uchwalono na wniosek Dra Blumenstoka przejść do porządku dziennego nad wnioskami lekarza obw. IIgo co do organizacyi służby zdrowia. 3) Przyjęto w całości instrukcyję dla oprawcy ułożoną przez prof. Dra Janikowskiego i weter. Pacułę. 4) Uchwalono przedłożoną przez adj. sąd. Bartynowskiego instrukcyję dla służby cmentarnéj udzielić Magistratowi do rozpoznania. 5) Uchwalono na wniosek Dra Blumenstoka zwinięcie komitetu dżumowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 9 (od 23 lutego do 1 marca) umarło w Krakowie osób 31; męż. 13 i kob. 18; w obwodach osób 18, w szpitalach 13; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 28,9. Z chorób zakaźnych umarły 4 osoby, a mianowicie: 1 z ospy, 1 z dławca, 1 z duru brzusznego, 1 z gorączki połogowéj. Doniesiono od 2 — 8 marca ze szpitalów i klinik o następujących przypadkach chorób zakaźnych: 2 róży (z Wolnicy i Józefa 263); 1 dławca (św. Jana 310); 1 zimnicy (Długa 54); 1 duru powrotnego (z Prądnika); z miasta: o 1 przyp. dławca (mały Rynek 426); o 1 przyp. duru brzusznego (św. Filipa 79). *Dr. J. Buszek.*

* Przesada amerykańska. *New Orleans medical Journal* donosi, że Dr. Jones w pewnym przypadku sądowolekarskim zastósował badanie mikroskopijne ze skutkiem niezwykłym. Starzec zamordowany został przez uderzenie narzędziem tępém, które wywołało złamanie czaszki i znaczną utratę krwi. Obwiniony o tę zbrodnię tłumaczy się, że plamy znajdujące się na jego sukniach pochodzą od malowania. Dr. Jones zbadawszy te plamy na sukniach rozpoznał nie tylko, że pochodzą ze krwi ludzkiéj, ale nadto, że one pochodzą od człowieka, który miewał niedawno, albo nawet jeszcze w chwili dokonanéj na nim zbrodni, napady malaryi. Zdanie to swoje oparł na wielkiéj ilości bezbarwnych ciałek krwi, które znalazł w plamach. Otóż liczni świadkowie zeznali, że zamordowany w istocie pod koniec życia cierpiał napady zimnicy. (O wyniku sekcyi nie ma żadnéj wzmianki. *Sprawozd.).* Sędziowie w skutek tego nabyli przekonania o winie oskarżonego i skazali go na śmierć.

(Jeżeli innych dowodów nie było, prócz dowodu dostarczonego przez badanie Dra Jonesa, to ubolewamy nad sędziami, a bardziéj jeszcze nad ofiarą ich wyroku. Ciałka bezbarwne nierównie dłużéj się utrzymują we krwi zeschniętéj, aniżeli czerwone, łatwiéj one więc występują po odwilżeniu plamy; większa zatém ich ilość obok niemożebności ocenienia ilości czerwonych niczego jeszcze nie dowodzi, a tém mniéj uprawnia do stanowczego orzeczenia, że zwierzę ssące, od którego ta krew pochodziła, cierpiało napady malaryi. Przywykli do przesady amerykańskiéj nie bylibyśmy wspomnieli o téj sprawie, gdybyśmy wiadomości o niéj nie byli znaleźli bez najmniejszéj uwagi ze strony redakcyi w czasopiśmie fachowém: *Annales d'hygiène publ. 1879, Mars.)*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 13 marca. Czytamy w *Kuryjerze warszawskim:* „Jeszcze przed kilkunastoma laty powstała myśl wybudowania w Warszawie szpitala centralnego dla obłąkanych i umysłowo cierpiących. Poczynione też zostały liczne specyjalne studyja, wygotowane plany i kosztorysy po kilka razy zmieniano, wreszcie wybrano nawet miejsce na budowlę za Pragą pod Grochowem i odtąd na długo głębokie zapanowało milczenie. A jednak, jak się dowiadujemy z dobrego źródła, sprawa ta wcale zaniechaną nie została i owszem jest nadzieja, iż w bardzo niedalekiéj już przyszłości stanowczo załatwioną zostanie. Po zatwierdzeniu planów odpowiednie roboty bezzwłocznie powinnyby się rozpocząć i rychło ukończyć, tém bardziéj, iż znaczny na ten cel fundusz oddawna już podobno przygotowany. Dzisiejszy szpital Jana Bożego i oddział dla kobiet obłąkanych przy szpitalu Dzieciątka Jezus, jako jedyne w całém Królestwie schronienie nieszczęśliwych, są przepełnione i dlatego sprawa urządzenia nowego szpitala z uwzględnieniem dzisiejszych wymagań psychijatryi i higijeny, równie jak wiele innych, niestety do bardzo pilnych niezawodnie należy".

Potrzeba nowego zakładu dla obłąkanych w Warszawie wynika naszém zdaniem nie tylko z przepełnienia, ale także ztąd, że szpitale wyżéj wymienione pod żadnym względem nie odpowiadają wymogom tegoczesnym, a potrzeba wielkiego zaparcia się i poświęcenia, aby w nich pełnić obowiązki lekarskie.

* Na korzyść towarzystwa osad rolnych w Warszawie miał Dr. Markiewicz (z Soczewki) w d. 6 bm. odczyt pt. „Zdrowie i szkoła", przyjęty pochlebnie przez licznie zgromadzoną publiczność.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. J. Talko radzca stanu i okulista okręgu wojskowego warszawskiego otrzymał order św. Stanisława 2iéj kl. — Dr. Uffelmann, docent pryw. w Rosto-

ku, znany z prac higijenicznych, mianowany został prof. nadzw. — Dr. Edward Mestenhauser, lekarz miejski w Opawie, mianowany został radzcą rządowym i referentem spraw lekarskich przy rządzie krajowym w Szląsku austr.

* **Nekrologija**. Drowie Abbadie-Tourné i Carrette, lekarze szpitalni w Paryżu, umarli z dyfteryi, zaraziwszy się w szpitalu.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich**:

W *Medycynie* Nr. 10: Sokołowskiego: O chorobach krtani i gardzieli wikłających suchoty płucne (c. d.); Erlicha: Przypadek opadnięcia macicy i środkowéj ściany pochwy, pomyślnie operowany sposobem Bischoffa (ze szpitala Maryi Teresy we Wiedniu): — *Gazety Lekarskiéj* Nr. 10 nie doszedł nas.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we **Wtorek** d. 18 marca (nie we Środę jak zwykle) o godz. 5téj posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Zarewicz odczyta dalszy ciąg swéj rozprawy: O znakach rozeznawczych wrzodów kiłowych, 2) kol. Buszek poda najnowsze uwagi o wpływie wody na zdrowie, 3) kol. Blumenstok poda kilka uwag sądowolekarskich.

Stała Komisyja sądowolekarska w Tow. lek. krak. odbędzie w **Piątek** d. 21 bm. o godz. 5téj popoł. w sali Akad. Umiej. posiedzenie, na którém mówić będą: 1) prof. Bojarski o stosunku znawców do Sądu; 2) prof. Rydel o wykrywaniu symulacyi ślepoty i niedowidzenia; 3) prof. Blumenstok o kilku sprawach obchodzących lekarzy sądowych, oraz zda sprawę z prac nowszych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Igo Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 22 marca 1879. № 12. Rok XVIII.

I. Stanowisko lekarzy prostytucyjnych w obec nauki.

Napisał Dr. Ż. **Krówczyński** we Lwowie.

Sumienność w wypełnianiu obowiązków jest powinnością każdego obywatela a przymiot ten głównie powinien się uwydatniać w czynach ludzi wykształconych, bo od nich z całą słusznością żądać można pojmowania odpowiedzialności, którą stanowisko społeczne wkłada na obywatela. Sumienność potęgować się winna w miarę, im wznioślejszemu zadaniu mamy podołać, a że zdrowie obywateli należy do najwyższych skarbów, przeto każdy lekarz, którego obowiązkiem jest czuwanie nad zdrowiem publiczném, powinien wszystkie swe siły ku temu skierować, aby wzniosłemu zadaniu w zupełności uczynić zadość. A czyż stanowisko lekarza prostytucyjnego, cel jego zabiegów, nie są to wzniosłe obowiązki? Widzę uśmiech sarkastyczny na twarzach tych, którzy o prostytucyi jako o najgorszém złém nawet pomyśleć się boją, a takich niestety nie brak między publicznością. Daremnie najznakomitsi uczeni starali się udowodnić, że prostytucyja jest raną społeczną, którą goić koniecznie należy, a która nie pielęgnowana strasznie mści się nie tylko na tych, którzy potrzebie jéj istnienia przeczą, ale niestety i na tych, którzy bardzo chętnie do zwalczenia złego przyłożyliby rękę. Jeżeli epidemije są podarkiem biednych, który pierwsi przynoszą w ofierze bogaczom za brak troskliwości nad nimi, jakto powiedział pisarz angielski Parkes, to choroby wynikające z prostytucyi samopas bujającéj są zemstą poddanych na rządach, które jakkolwiek złe z tego wynikające dotkliwie odczuwają, mimo to albo wcale nie, albo bardzo mało zajmują się pod tym względem losem poddanych i nie tamują coraz bardziéj rozprzestrzeniających się chorób.

Pierwszy krok ku lepszemu winien zrobić rząd jako ciało zbiorowe, którego nikt nie posądzi o niemoralność i takim czynem splamić się nie może. Przy dzisiejszym jednak stanie rzeczy to żądanie nie może być urzeczywistnioném, albowiem rządy będąc wyrazem pojęć panujących w państwie, takie same trudności stawiają koniecznemu biegowi prostytucyi, jak i obywatele, którzy z błędnego wychodząc założenia prostytucyę raczéj zgnieść pragną, aniżeli dla dobra ogółu starać się o jéj prawidłowy i zgodny z potrzebą rozwój. Żądaniu, aby rządy przyczyniły się do skrócenia i zmniejszenia złego, tylko w takim razie mogłoby stać się zadość, gdyby one, co rzadko się zdarza, o wiele wyprzedziły rozwój umysłowy obywateli i zwalniając się z więzów ustawą uregulowały prostytucyję, która od wieków domaga się pożytecznéj reformy. Tymczasem to pole w ogólności leży odłogiem, a szczególniéj u nas, albowiem sprawę ogłoszono za tak niemoralną, że publicznie i głośno prawie o niéj rozprawiać nie wolno. Gdyby na zawsze moralność była przeszkodą do rozprawiania, śmiało możnaby stan rzeczy nazwać opłakanym, geneza jednak pojęcia moralności i zmienności jego wskazuje, że zmiana tego stanu od nas zależy. Stosownie działając możemy doprowadzić do tego, iż rzecz uważana obecnie za niemoralną, będzie jutro moralną, a historyja rozwoju umysłowego wykazuje, że podobna zmiana pojęć jest rzeczą naturalną.

Zastanawiając się nad przyczyną, dlaczego sprawa prostytucyjna tak wielu ma przeciwników, przychodzimy do przekonania, że bez względu na stanowisko przeciwników i ich argumenta, wszyscy wychodzą z błędnego zapatrywania, jakoby spółkowanie nie było prawidłową czynnością organizmu i niezbędnym warunkiem jego rozwoju. Nie przeczą oni zresztą potrzebie spółkowania, ale twierdzą, że ono jest tylko w wyjątkowych razach rzeczą dodatnią i do utrzymywania generacyi potrzebną, a zapominają, że prawa rządzące ustrojem ludzkim są dla wszystkich zupełnie równe i jak żołądek potrzebuje pokarmów, które ma przetrawiać bez względu, czy jego właściciel jest żonatym lub bezżennym, tak system płciowy musi spełniać swoje czynności. Dla każdego zaś człowieka, bez względu na jego zapatrywania, nadużycia płciowe są nierządem, bo usuwają prawidłowy rozwój organizmu z pod rządów praw fizyjologicznych.

Wykazawszy zaporę, która tamuje prawidłowy rozwój kwestyi prostytucyjnéj, i udowodniwszy potrzebę reformy, winienem ograniczyć się do wskazania, że z największą korzyścią dla nauki i społeczeństwa pracują na tém polu lekarze prostytucyjni, szczególnie we Francyi, którzy częściéj niż każdy inny lekarz, spotykają się z strasznemi następstwami nie uregulowanéj prostytucyi. Uznając pracę w tym kierunku stanowczo twierdzić mogę, że najbliższém zadaniem i najważniejszym obowiązkiem lekarzy prostytucyjnych jest opiekować się pośrednio dobrém zdrowiem obywateli przez bezpośrednie czuwanie nad zdrowiem prostytutek. Przez ogólne miano prostytutek rozumiem ową nieszczęśliwą i pod wieloma względami pożałowania godną klasę kobiet i dziewcząt, które władze bezpośrednio czuwające nad prostytucyją znają jako oddające się nierządowi i żyjące z tego sposobu zarobkowania. Nie mówię nic o nierządzie tajnym, który w każdém państwie o nieco uregulowanéj prostytucyi jest szkodliwszy aniżeli najbardziéj rozgałęziony nierząd, nad którym władze państwowe rozpościerają opiekę.

Ponieważ mam na uwadze przedewszystkiém kwestyję prostytucyjną w naszym kraju, przeto najwięcéj ją uwzględniać będę, a na teraz zwrucę uwagę na trudności, które lekarze prostytucyjni zwalczać muszą, a które wynikają z zmienności wymagań naukowych.

Odpowiedzialne stanowisko lekarzy prostytucyjnych, jak wiadomo, unormowano instrukcyją dzięki staraniom naszéj Rady zdrowia. Ta instrukcyja następującemi słowy określa stanowisko lekarzy prostyt. w obec nauki: „Jeżeli przy oględzinach dostrzeżoną zostanie jakakolwiek forma choroby zaraźliwéj płciowéj, lub innéj choroby skórnéj przy spółkowaniu udzielić się mogącéj, wpisze to lekarz do wykazu dziennego, jak również do przekazu szpitalnego; w książce zaś zdrowia umieści w odpowiedniéj rubryce tylko numer przekazu do szpitala a kobietę chorą wraz z przekazem szpitalnym odeśle pod dozorem inspektora bezpośrednio do szpitala; dozwala się jednak kobietom takim wstąpić do swego mieszkania w celu poczynienia potrzebnych zarządzeń“.

Na pierwszy rzut oka zdawałoby się, że przytoczony paragraf ściśle określa, kiedy kobieta oddająca się nierządowi jest zdrową, a kiedy chorą i kwalifikującą się do szpitala; jeśli jednak przypomnimy sobie, że pojęcie zaraźliwości jest bardzo względne, i że ono zależy od postępu nauki, w takim razie powinno być usprawiedliwioném domaganie się ściślejszego określenia, co przez chorobę zaraźliwą płciową lub skórną przy spółkowaniu udzielić się mogącą rozumieć należy. Jak wiadomo, trzy kardynalne choroby, które początek biorą w prostytucyi są: wiewiór, wrzód tak zwany niewłaściwie miękki i wrzód twardy, czyli pierwotny objaw kiły; a więc każdą kobietę, która jednę z wymienionych chorób udzielić może, należy uważać jako chorą. Pomijam na teraz zupełnie inne choroby, jakie przez spółkowanie udzielać się mogą, a szczególniéj skórne, nie wspominam o szyszkowinach szpiczastych, rozmaitych stanach zapalnych, jednêm słowem o tych wszystkich chorobach, które udzielając się przy spółkowaniu nie narażają na ciężkie cierpienia, ale łatwo i bez groźnych następstw dla dotkniętego cierpieniem ustępują. Nie tak jednak bywa z wymienionemi trzema rodzajami chorób płciowych, z których jeszcze dwa pierwsze cierpienia, tj. wiewiór i wrzód miękki, przynajmniéj ze stanowiska tak zwanych dualistów są chorobami miejscowemi, chociaż niekiedy następstwa ich są bardzo groźne. Gdyby kiła albo wcale nie istniała, albo nie udzielała się przy spółkowaniu i ono nie było najczęstszém żródłem téj groźnéj choroby, zapewne sprawa prostytucyi nie byłaby tak ważną i niewątpliwie nie zwracanoby na nią tak wielkiéj uwagi, jakto obecnie czynimy, nietylko ze względu na zdrowie dotkniętych kiłą, ale i ze względu na zdrowie potomstwa, na które ta choroba z rodziców się przenosi.

Mając więc trzy rodzaje chorób, zdawałoby się, że zadanie lekarzy prostytucyjnych bynajmniéj nie jest trudném i że oni spełnią swój obowiązek, gdy kobiety dotknięte jedną z wyliczonych chorób uznawać będą jako chore. Tymczasem bliższy rozbiór wykaże, że lekarz tak postępujący narażałby się na najsłuszniejszy zarzut niesumiennego postępowania, albowiem wiewiór bywa nietylko przyczyną wiewióra, a kobieta bez wyraźnych i dostrzegalnych objawów kiłowych przecież kiłę udzielić może. Rozbierzmy więc szczegółowo trzy wspomniane choroby i przypomnijmy, co o nich na podstawie najnowszych badań i twierdzeń powiedzieć można.

Otóż co się tyczy wiewióra, chociaż ta choroba od czasów Mojżesza jest znaną (i on wiedział że jest zaraźliwą, co też potwierdzili lekarze późniejsi i czemu dzisiaj nie przeczymy), przecież dotąd co do jéj zaraźliwości, a nawet istoty zdania są podzielone. Jakie zamięszanie pojęć panowało w okresie czasu od początku 16go wieku do dni naszych, tego nie będę przypominał, bo każdemu jest wiadomém, że twierdzenie Brassavolusa o istnieniu wiewióra kiłowego wielu miało zwolenników i że znakomity Hunter na podstawie szczepienia dokonanego na sobie samym popierał twierdzenie, jakoby wiewiór i wrzód twardy jednemu przyrzutowi zawdzięczały początek, co zresztą potwierdzały doświadczenia Harrisona, który jak wiadomo wydzieliną wrzodu kiłowego, którą przeniósł do własnéj cewki, wywołał u siebie tylko wiewiór, a nie wrzód z następowemi objawami kiły, jakby przypuszczać należało. Po cóż jednak sięgać aż do przeszłego wieku; przed kilkoma laty ogłosił Morgan opierając się na spostrzeżeniach Hammonda, że jad wrzodu twardego wywołuje zapalenie cewki, gdy do niéj się dostanie, że istnieje wiewiór kiłowy, który wywołuje następowe objawy wynikające z ogólnego zakażenia i że jad wrzodu miękkiego daje początek wiewiórowi. Za daleko odbiegłbym od założenia, gdybym chciał wymieniać wszystkich badaczy, którzy stwierdzili niejednokrotnie, że mężczyzni od kobiet dotkniętych wrzodami otrzymywali wiewióry, a kobiety pozornie chore na zapalenia pochwy, obdarzały odwiedzających je wiewiórami, wrzodami miękkiemi a nawet twardemi.

Znana teoryja Ricorda co do powstania wiewiórów z wrzodów, które w tym okresie się znajdowały, że nie mogły już wywołać wrzodów, ale tylko zapalny stan cewki, wytłumaczyła wiele faktów, ale kto wie, czy wszystkie wyczerpała. Boeck rozbierając twierdzenia Morgana tak odpowiada: Niejednokrotnie wynurzałem zdanie, że rozmaite wyniki, jakie M. i ja szczepieniem otrzymywaliśmy, na tém polegały, iż dziewczęta angielskie dopóty mimo objawów kiły nie udawały się do szpitalów, dopóki skutkiem wydzieliny z pochwy nie powstały wielkie wrzody, które wydzielinie pochwowéj dostarczały przyrzutu kiłowego. Ale pomijając na razie kwestyję, czy z wiewióra powstać może kiła, i jeśli to się dzieje, jakie są do tego warunki niezbędne, bo do niéj jeszcze raz powrócę, wypada mi zaznaczyć, że co do zaraźliwości wiewióra są zdania bardzo podzielone i podczas gdy jedni badacze twierdzą, że istnieje jakiś bliżéj nam nieznany jad wiewiórowy, drudzy nie uznają jadu wie-

wiórowego twierdząc, że każda wydzielina ropna bywa przyczyną wiewióra ropnego, a śluzowe lub śluzoworopne wydzieliny wywołują najczęściéj takie same objawy zapalne. Tak stoją obecnie rzeczy w kwestyi wiewióra i pytam się, co ma postanowić lekarz prostytucyjny i która teoryja ma mu przewodniczyć w postępowaniu. Jeżeliby lekarz prostytucyjny opierając się na twierdzeniach Roosbroecka każdą wydzielinę uważał za zaraźliwą i zdolną do wywołania objawów o takiéj wydzielinie, która je wywołała, natenczas z wszelką słusznością a w myśl instrukcyi wspomnianéj każdą prostytutkę bez badania powinien odsyłać do szpitala, bo pomijając to, że u każdéj nierządnicy błona śluzowa pochwy, a bardzo często i macicy, jest chorobowo zmienioną, a przeto chorobowe wytwarza wydzieliny, już samo spółkowanie często powtarzane usposabia do powstawania chorobowych wydzielin, które w następstwie pociągają u mężczyzn wiewióry. Zapewne lepiéj lekarzowi prostyt. wyznawać przekonania szkoły lyjońskiéj, która za przykładem Rolleta przypisuje wiewiórowi osobny jad; ale w takim razie z całą słusznością żądać można od niego, aby uzasadnił, na czém różnica wydzielin polega i dokładnie przedstawił różnicę objawów, czyli krótko mówiąc, ażeby nauczył nas rozróżniać wiewiór zaraźliwy pochwy, od niezaraźliwego.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Przypadek zaczadzenia.

Podał Dr. **Reifer** w Dzikowie.

Przed trzema laty we wsi Ż. w okręgu sądu powiatowego tarnobrzeskiego dwoje dzieci udusiło się w dymie; fakt sam nie przedstawił powikłań i wątpliwości, objawy były wyraźne, powiedziałbym kliniczne; dlatego ociągałem się z ogłoszeniem przypadku, zwłaszcza, że przy dochodzeniu trzymałem się wskazówek zkądinąd znanych i drogą przez doświadczonych lekarzy sądowych utorowaną [1]) i do tych samych co oni wyników doszedłem. Wzmianka jednak uczyniona w Nr. 52 Przeglądu Lek. z r. 1878 zachęciła mnie do ogłoszenia teraz treściwego wyciągu z protokółów sekcyjnych; a zresztą sądzę, że dokładny obraz zaczadzenia na zwłokach znaleziony, nie przyćmiony sprzecznemi datami anamnestycznemi, a stwierdzony badaniem chemiczném i widmowém, w obec stosunkowo małéj liczby przypadków dotąd ogłoszonych, nadają temu przypadkowi niejakie znaczenie.

Małżonkowie K. mieszkali w zagórzu w chałupie nowéj, zasłoniętéj i oddzielonéj górą piaskową od głównéj połaci czyli rzędu zabudowań wiejskich, przez co nie było możebném widzieć ze wsi, co się dzieje w ich domu, a tém samém nie można było widzieć i przypadku, który się zdarzył w dniu 2 lutego 1876. Dnia tego przed południem gospodarz K. wyjechał po drzewo do lasu, a żona jego mając zboże zemleć udała się w tym celu do krewnéj, zostawiwszy dzieci w domu i zamknąwszy drzwi od zewnątrz. Starsze dziecko był to silny chłopiec pięć lat mający, drugie młodsze, mała jasnowłosa dziewczynka, licząca lat 4. Około południa rozmawiała wieśniaczka przez okno z dziećmi; taż sama w trzy godziny późniéj zajrzała znowu przez okno, ale z przyczyny dymu nic w izbie rozpoznać nie mogła. Przypomniawszy sobie tedy, że dzieci same są zamknięte, domyśliła się nieszczęścia i wezwała pomocy. W chwili, gdy włościanie otworzyli drzwi i mieli próg przestąpić, buchnął płomień nad łóżkiem i dopiero za wspólném usiłowaniem ugaszono pożar. Szukając dzieci znaleziono je nieżywe leżące na podłodze.

Dnia 4go lutego przystąpiono do sekcyi. W izbie nieopalonéj, w któréj mimo czystego powietrza czuć silną woń kreozotową, leży na ziemi pierzyna, a na niéj zwłoki dwojga dzieci, tak jak je znaleziono przed dwoma dniami. Głowy wysoko położone, chłopiec na wznak, dziewczyna na boku prawym, twarzą do brata zwrócona. Twarz i ułożenie obojga dzieci jakby śpiących. U **chłopca** barwa skóry na małżowinach uszu, po bokach szyi, po bokach klatki piersiowéj, na tylnéj powierzchni nóg i na całym grzbiecie jasno-różowo czerwona. Tego samego koloru jest skóra na wewnętrznéj powierzchni rąk, na tylnéj worka mosznowego i w zagięciach pachwinowych. Twarz zaś i przednia część klatki piersiowéj, jak i przednia powierzchnia nóg są blado-żółtawe. Ściany brzuszne ciemno-zielone. Część rogówek w szparze między powiekami niezupełnie zamkniętemi jest przeźroczysta, zresztą mętne, tęczówka wyraźna, szaro-niebieska, źrenice rozszerzone. Ślady zaschłéj cieczy, która wypływała była z otworów nosa i ust, język nie wystaje po za zębami. Brzuch bardzo wydęty, ślady kału na pośladkach i koszuli. Brak wszelkich znaków uszkodzenia lub obrony.

Wewnętrzna powierzchnia ogłowia barwy różowéj. Opona twarda na wierzchu blado-różowa, na błonie pajęczéj siatka licznych naczyń rozdętych, istota rdzenna mózgu biała z przebijającém odcieniem różowawém. W zatokach krew nieskrzepła, jasno-czerwona w znacznéj ilości. W móżdżku istota korowa czerwonawo-szara a środkowa dość biała. Z podstawy mózgu zebrano około 10 grm. krwi do flaszeczki dla dalszego badania. Błona śluzowa krtani i tchawicy jasnoczerwona, pokryta śluzem spienionym, w tymże są ziarneczka podłużne, wielkości kaszy jaglanéj, brudne, czarne, które można rozmazać. Mięśnie klatki piersiowéj jasno-czerwonego koloru, jędrne. W osierdziu około 6 grm. surowicy żółtawéj. Miąższ serca jasno-czerwony. Komórka lewa próżna, w prawéj mało krwi płynnéj jasno-czerwonéj, którą we flaszeczce przechowano. Płuca tak z wierzchu jak i na przekroju ciemnoczerwone. Z miąższu wydobywa się obficie ciecz krwawopienista. Żołądek bardzo rozdęty, gaz uchodzący po przekłóciu nie ma woni wyskoku lub wódki migdałowéj; treść nie strawiona; błona śl. blada. Wątroba przekrwiona, znacznéj twardości, czerwono-brunatnego koloru, takaż i na przekroju, krew z żył wątrobowych czerwieńsza niż miąższ. Śledziona przekrwiona, torebka i treść czarno-sine. Jelita rozdęte, otrzewna ich blado różowa. Część korowa nerek jasno-czerwona, pęcherz moczowy próżny.

Pomijam objawy te same, lub podobne przy rozbiorze **drugich zwłok** i przytaczam tylko różnice.

Zabarwienie jasno-różowo czerwone było na prawym policzku, na szyi z tyłu, prawie na całym obwodzie prawéj ręki, na grzbiecie szczególnie po stronie prawéj, na tylnéj powierzchni nóg i w pachwinach. Policzek zaś lewy, pierś i nogi z przodu były brudno-żółtawe. Skóra na brzuchu brudno-zielona. Włosy nieopalone. Koniec języka znajduje się między ściśnionemi zębami. Przepełnienie żył i zatok w mózgu krwią płynną jasno czerwoną. W komórce mózgowéj bocznéj prawéj nieco blado-żółtawéj cieczy. Na błonie śluzowéj krtani i tchawicy wiele pyłu czarnego, który smoli jak

[1]) Porówn. **Gildemeister**: *diss. inaug.* 1872. Prof. **Blumenstok**: Przegląd Lek. 1872, Nr. 4 i nast. Dr. **Hirt**: *Einathmung gift. Gase III Kohlenoxydgas* str. 441. Dr. **Serkowski**: Przegląd Lek. 1874, Nr. 21.

węgiel, śluzu zaś jest bardzo mało, przy ugniataniu płuc piana występuje do tchawicy. W lewéj komórce serca wielka ilość krwi gęstéj jasno-czerwonéj, a w prawéj mniejsza ilość jeszcze jaśniejszéj. Zresztą trzewa w tym samym stanie jak u dziecka poprzedniego.

Rozcieńczywszy kilka kropel zachowanéj krwi w epruwetce wodą przekroploną, otrzymałem rozczyn barwy bladofijołkowo-różowéj, która różniła się od barwy brunatnawéj roztworu zwykłéj krwi. (Próba prof. Stopczańskiego przemawia za obecnością tlenku węgla we krwi.) Po dodaniu zaś do krwi z obdukcyi przywiezionéj nieco ługu sodowego utworzył się płyn, który się ściął na białéj podstawce porcelanowéj i przybrał barwę jasno-czerwoną. (Próba Hoppe-Seylera).

Z opowiadania i przypuszczeń rodziców należało wnosić, że dzieci bawiąc się zapałkami zapaliły szmaty na łóżku, że płomienia przynajmniéj blisko dzieci nie było, gdyż włosy nie były opalone, skóra nie oparzona, i że w przeciągu największéj trzech godzin dzieci udusiły się w dymie. Gdy zeznania świadków nie wzbudziły innego podejrzenia, jak że zostawienie dzieci z zapałkami bez dozoru sprowadziło katastrofę, zadanie lekarzy było łatwe; orzekliśmy stanowczo na podstawie zmian pośmiertnych i badania chemicznego, że dzieci w dymie się udusiły, a właściwie że otruły się tlenkiem węgla.

Pewności jednak naukowéj bez badania spektralnego nie miałem. Dla dokładności przesłałem przeto dnia 5go lutego trochę krwi w flaszeczce prof. Blumenstokowi do Krakowa, prosząc o zbadanie za pomocą przyrządu widmowego, co też łaskawie uczyniwszy doniósł mi, że badanie wykazało niewątpliwie obecność we krwi tlenku węgla.

Zestawiając zmiany znalezione na zwłokach dzieci, widzimy, że następujące okoliczności zasługują na uwagę:

1) Ułożenie ciała naturalne, wyraz twarzy tak spokojny, jak u zdrowego śpiącego, tak że sprzeczność między rozpaczliwą rzeczywistością a pozorem rzewne wzbudza uczucie.

2) Plamy na skórze różowo-czerwone. Zabarwienie to skóry przedstawiało się w miejscach najniższych i w pochyłościach względnie do otoczenia niższych; u chłopca na grzbiecie i po obu bokach, ponieważ leżał na wznak; u dziewczyny zaś, która leżała na boku prawym, najwyraźniéj na tymże boku, a zatém tam, gdzie zwykle znajdujemy plamy pośmiertne. Były to więc plamy trupie, zwykle, tylko co do barwy odmienne. Mają one także występować u ludzi otrutych sinkiem potasu; a kilkakrotnie widziałem je wybitnie na zwłokach noworodków zmarzłych, u których po odtajeniu skóra, mięśnie, okostna i kości czaszkowe były jasno-czerwone. Znaczną rozległość plam wytłumaczyć łatwo płynnością krwi, która tém łatwiéj przez ściany naczyń do narządów przesiąknąć może, im pulchniejsze jest otoczenie. Wątroba i śledziona nie miały barwy jasnéj.

3) Najważniejszą zmianę przedstawiała krew czerwieńsza niż w innych zwłokach, płynna, z ługiem sodowym dająca osad barwy fijołkowo-różowéj, a we widmie charakterystyczne znamiona okazująca.

4) Brak krwi w lewéj komórce serca, a przepełnienie żylnéj jego połowy; znamię to, bardziéj uduszenie niż zaczadzenie cechujące, było niewyraźne u jednego dziecka, a u drugiego wcale go nie było.

5) Zbrzęknienie płuc, przekrwienie mózgu, płuc, wątroby, nerek i śledziony: są to zmiany towarzyszące zazwyczaj uduszeniu.

6) Sadze w nosie, krtani i tchawicy dowodziły, że dzieci wdychały dym i niedopalone kopciny.

Przy téj sposobności nasuwa mi się kilka uwag. Jak alkohol, makowiec, chloral i zimno, tak i czad przytłumia pobudliwość mózgu, zmysłów i powłok zewnętrznych, sprawia ubezwładnienie i śpiączkę. Widać to było w obecnym przypadku. Dzieci czuły znużenie, pociąg do spania, nie mogły zostać na łóżku gorącém dla żarzącéj słomy i tlących się desek, ściągnęły więc pierzynę na dół i wygodnie się ułożyły obok siebie. Tak zasnęły, ani ruch bólem wywołany, ani kurcz nie zmieniły ich położenia i wyrazu twarzy. Klebs i Letheby podają również, że po wdychaniu tlenku węgla u zwierząt powstaje śpiączka bez duszności i drgawek. (Ziemssen *Handb. der spec. Path.*)

Przy zwyczajach i nieostrożności po wsiach, gdzie ciągle dzieci bez dozoru same w domu zostawiają, stósunkowo rzadko wydarzają się przypadki zadymienia i ostrego otrucia tlenkiem węgla. Dziwić się jeszcze bardziéj wypada, że nie ma przewlekłych form chorób wynikających z ciągłego wdychania tegoż gazu w małéj ilości. Nie mówię o tutejszych fabrykach terpentyny i węgli drzewnych, gdyż, choć się w nich CO niezaprzecznie wydobywa, robotnicy łatwo go unikają, albowiem piece, czyli właściwie stosy drzewa pokryte ziemią, znajdują się na polu, gdzie CO prędko się ulatnia. Ale jest inne zródło, gdzie się tworzy tlenek węgla w zamkniętéj zewsząd przestrzeni; mam na myśli chałupy dymne w naszéj okolicy. Na trzebieżach pozostałych po dzikich pierwolesiach, które dawnemi czasami pokrywały pola sandomierskie, są poręby, wioski, z kilkunastu do kilkudziesięciu chat, podobniejsze do sadyby z puszcz litewskich za czasów Giedyminowiczów niż do teraźniejszych osad wiejskich. Izba a raczéj komora opatrzona okieneczkiem rzadko rozleglejsza nad trzy metry sześcienne, zawiera piec podobny do piekarskiego, opalający mieszkanie i zastępujący łóżka dla całéj rodziny; na „wierzchnicy“ bowiem sypiają zdrowi i leżą chorzy. W chałupie nie ma komina, piec nie komunikuje z dworem, dym wychodzi na izbę, ogrzewa ludzi i dobytek czworonożny, uchodząc tylko przy otwieraniu drzwi. Wszedłszy do takiéj izby i przetrzymawszy pierwszy napad nieprzyjaznego w niéj powietrza: uczucie duszności i palenie w oczach, widzimy jak przez gęstą mgłę, że dym zajmuje całą przestrzeń, tylko nad podłogą około stopy jest wolne przeźroczyste powietrze. Ściany, powała, ludzie i sprzęty, wszystko czarne, grubą powłoką sadzy pokryte. W piecu płomieniem przytłumionym, niebieskawym żarzy się wielka ilość węgli drzewnych. Gdy się drzwi otwierają, powstaje zamięszanie, walka zawziętych przeciwników, światła z ciemnością, kłębów czarnego dymu z prądem świeżego powietrza, ogień w piecu trochę się ożywia, ale nagle wieśniak zamyka drzwi, wszystko się uspokaja i wraca do pierwotnéj ciemności. Zmysły i doświadczenie nas przestrzegają, że tam czad, a mimoto tylko krótkotrwała wymiana gazów, otwieraniem drzwi chwilowém ułatwiona, sprawia, że tam ludzie żyją, że ciągle przebywają w dzień i w nocy a nie doznają skutków tlenku węgla. Nie spostrzegłem u nich ani zmysłów upośledzonych, ani właściwego zawrotu i bólu głowy itp.

W naszym przypadku nie tylko że izba była nowa, więc drzwi i okna szczelnie się domykały, nie tylko że komin i wszystkie otwory były zatkane, gdy się słoma i łóżko paliły, ale nie mało pewnie przyczyniła się do wywiązania tlenku węgla wilgoć z „klepiska“ (ziemi ubitéj bez drewnianéj podłogi) i nagle gorąco w izbie. Sprawiając bowiem

skroplenie pary na ścianach i w ścianach samych znajdującéj się z powodu znacznéj różnicy temperatury wewnątrz i zewnątrz chałupy zatkała zupełnie drobne pory (Ziemssen *Handb.* T. I, str. 294), któremi wiemy choć nie widzimy, że powietrze atmosferyczne wchodzi. Dlatego przy braku tlenu sprzęty tliły się tylko, przyczém wywiązywał się tlenek węgla, który zabił dzieci, a dopiero gdy otworzono drzwi, powstał płomień.

III. Oceny i sprawozdania.

Proff. Loebisch i Rokitansky (w Insbruku): **Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung.** (*Wiener Klinik, 1 u. 2 Heft 1879).* Sprawozdanie Dra M. Kramarzyńskiego w Brzesku.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11.)

III. Pankreatyn. Jak pepsynem sok żołądkowy, tak zastępujemy pankreatynem sok trzustkowy. Heidenhein uczy, że trzustka zawiera w 13—24 godzin po spożyciu pokarmów najznaczniejszą ilość ciała, zwanego: *zymogen*, rozpuszczalnego w wodzie, które rychléj w wyższéj, niż w niskiéj ciepłocie oddziela od siebie w obec kwasów zaczyn, zwany pankreatynem. Pankreatyn ma tę własność, że zamienia znaczną stosunkowo ilość skrobi w cukier, tłuszcze zaś w części zawiesza a w części rozkłada na kwasy tłuszczowe i glicerynę; a co najważniejsza zamienia istoty białkowate na peptony, podobnie jak sok żołądkowy. Na tych własnościach pankreatynu zasadza się zastósowanie jego lecznicze jakotéż i jego skutki. Kwaśny wyciąg trzustki traci swą skuteczność w obec soku żołądkowego; odporność atoli przeciw ostatniemu w trawieniu żołądkowém wodnego wyciągu i miąższu trzustki tłumaczy Engesser w ten sposób, że kw. żołądkowy dopiero w tenczas działa na zaczyny trzustki, rozkładając takowe, gdy już wytworzyły się peptony w skutek działania pepsynu, który przez to utracił swą siłę.

Do użycia leczniczego pozbawiamy trzustkę (najlepiéj wieprzową) tłuszczu, a posiekawszy takową drobniutko, przecieramy przez gęste sito. Tak otrzymaną miazgę można przechować najdłużéj przez tydzień w szczelnie zamkniętém naczyniu szklaném, w niskiéj ciepłocie, dodawszy do miazgi téj soli lub wyciągu mięsnego.

Nie umiejąc dotychczas rozpoznać chorób trzustki, gdy skąpa jest odnośna symptomatologija, poprzestać musimy na ogólniejszych wskazaniach do użycia pankreatynu. Zalecamy go tedy: *a)* w niestrawności z wątłości i wszelkich jéj formach, jeśli takowym nie towarzyszy przekrwienie lub nieżyt żołądka i jelit, chyba, że ostatni powstał w skutek rozkładu niestrawionych pokarmów, zalegających przewód pokarmowy, to uprzątnąwszy kał łagodnemi środkami usuwamy przeciwwskazanie do podania pankreatynu; *b)* w skazach krwi i zaburzeniach odżywiania, cechujących się niezdolnością zamieniania pokarmów w krew i tkanki zwierzęce, jak zołzy, krzywica, niedokrewność, błednica, białaczka itp.; *c)* w wyzdrowinach po chorobach gorączkowych.

Sposób podawania: Przetwór otrzymany powyższym sposobem podajemy chorym albo w opłatkach, albo przymięszany do polewki, która osobom wstrętnym dla ukrycia smaku przymieszki może być odpowiednio przyrządzoną przez dodanie większéj ilości pietruszki, selerów itp. Także do sosów można go domięszać.

Inny sposób podawania leku przerzeczonego jest za pomocą lewatyw. Leube radzi wziąć na jednę lawatywę 150 do 300 grm. wyżyłowanego i drobniutko posiekanego mięsa a dodawszy do tego 50—100 grm. tak samo przyrządzonéj świeżéj trzustki, zmięszać to z 150 grm. wody ciepłéj i użyć do lawatywy za pomocą strzykawki o kance z szerokim otworem. Dodawszy do powyższéj mięszaniny 25—50 gramów tłuszczu otrzymujemy zawiesinę, która użyta jako lawatywa jest dla ustroju pokarmem. Takiemi lawatywami jesteśmy w stanie podtrzymywać chorych nawet przez kilka miesięcy, jeśli nie mogą spożywać pokarmów, czyto z powodu wymiotów na tle nerwowém, czy też z powodu wrzodu lub zwyrodnienia rakowatego ścian żołądka, zwężenia gardziela i w ogóle przewodu pokarmowego itp. Namienić wreszcie należy, że jelito grube łatwiéj znosi i wsysa części pożywne, jeśli lawatywę przyrządzono z trzustki, aniżeli gdy to uczyniono z peptonu, a jak spostrzeżenia uczą, chorych którzy używali lawatyw trzustkowych nawet przybywało na ciężarze.

IV. Apomorfin. Otrzymuje się przez działanie chlorku zynkowego na morfin w ciepłocie +120° C; fabrycznie zaś przez ogrzanie morfinu z zgęszczonym kw. chlorowodowym do ciepłoty +150° C. Jestto biały proszek, rozpuszczalny w wyskoku i eterze. Na działanie powietrza atmosf. wystawiony przybiera barwę zielonkowatą, nie tracąc przez to na skuteczności. Mała dawka od 0.006—0.01 zażyta na raz wywołuje w 5—10 minut po zażyciu wymioty, poprzedzone nudnościami, częstszém tętnem i przyspieszoném oddychaniem. Sam akt wymiotów odbywa się łatwo. Z pomiędzy wszystkich środków wymiotnych apomorfin ma pierwszeństwo, bo wywołuje wymioty stosunkowo najrychléj a nadaje się bardzo do wstrzykiwań podskórnych, wywołując rychléj wymioty, niż zażyty, działa bowiem nie tylko na zakończenia nerwów błędnych, jak emetyk, ale i na rdzeń przedłużony.

Na wskazania do użycia apomorfinu składają się wskazania do użycia wszelkich innych środków wymiotnych. Lek przerzeczony używanym też bywa jako środek wykrztuśny a Riegel i Vollender widzą w nim nawet środek do powstrzymania napadu padaczkowego. (Co się tyczy wykrztuśnego działania tego leku, odsyłamy czytelnika do rozprawki Dra Pieniążka. „Działanie apomorfinu, jako leku wykrztuśnego Przegl. Lek. rok 1875. *Sprawozd).* 0.005—0.01 wodnego roztworu apomorfinowego wstrzykniętego pod skórę sprowadzają wymioty u dorosłego, a 0.0005—0.001 u dzieci; w celu zaś ułatwienia wykrztuszania podajemy apomorfin w ilości 0.001 do 0.003 co dwie godziny w proszkach lub roztworze wodnym z ulepkiem.

Rp. Apomorphini muriat. 0.004—0.07
Aq. destillatae 4.00—10.00 S. środek wymiotny.

Gram powyższego roztworu zawiera 0.001—0.007 chlorku apomorfinu. (Dok. nastąpi.)

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 6 lutego 1879.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.
2) Dr. Zielewicz mówi o opatrunku gipsowym, używanym w szpitalu dziecięcym. Uczyniwszy krótką wzmiankę historyczną o oprawie gipsowéj namienia, że

ostatniemi czasy coraz bardziéj chirurgija skłania się do tych metod opatrunku gipsowego, które ułatwiają swobodną obserwacyję odnogi ustalonéj i szybką zmianę oprawy gipsowéj, np. przy stósowaniu metody przeciwgnilnéj w leczeniu złamań powikłanych. Opatrunek ustalający odnogę bez otoczenia jéj kolistego ma tu pierwszeństwo. Materyjał, jaki się do tego rodzaju oprawy gipsowéj użyć daje, może być różny, główną jednak jego cechą jest zastósowanie staréj łubki, jak ją dawniéj wyrabiano z drzewa. W ostatnim czasie zaczęto w tym celu używać włókien roślinnych, a mianowicie konopi, lnu i juty. Nawiązując swój wykład do wydanéj co dopiero broszurki Fr. Beelyego z Królewca pt. *„der Gyps-Hanf-Schienenverband“* Z. daje pogląd krytyczny na to dziełko i namienia, że zwłaszcza w praktyce dziecięcéj bardzo dobrze się nadaje opatrunek gipsowy z lnu lub juty. Pierwotnie Z. używał tylko lnu, lecz ponieważ tenże jest zbyt drogi, w ostatnim czasie stósował tylko jutę czesaną niebieloną, która jest tania, daje się dobrze ciąć i szybko układać w łubki dowolnéj grubości i długości. Do zalet tego opatrunku gipsowego liczy Z. 1) Dogodność zdejmowania oprawy, a więc łatwość kontroli nad ogipsowaną odnogą; okoliczność ta ważna jest w złamaniach powikłanych, leczonych przeciwgnilnie: tu bowiem z zmianą każdego opatrzenia rany może być i oprawa gipsowa świeżo położona; potrzeba tylko przeciąć opaskę kolistą niegipsowaną, przytrzymującą łubki, a końce złamanych kości nie podlegają znaczniejszemu wzruszeniu. 2) Lekkość opatrunku, na któréj nam niekiedy zależy przy oprawach gipsowych ortopedycznych.

Oprawa z juty bezpośrednio na skórę da się zastósować u starszych dzieci, u dzieci zaś niżéj roku należy odnogę poprzednio opasać opaską flanelową. Prelegent przedkłada okaz używanéj przez siebie flaneli grubéj i taniéj a dosyć elastycznéj nadającéj się bardzo do wyścielania przed założeniem opatrunku, szczególniéj przy pancerzu Sayra, którego egzemplarz już zużyty prelegent przedstawia. Papka gipsowa, w któréj się macza łubki przed nałożeniem, nie powinna być zbyt gęsta, gdyż łubki w takim razie twardnieją przed przytwierdzeniem ich opaską, ani też zbyt rzadka, bo na tém cierpi trwałość łubek, które do odpowiedniéj odporności potrzebują dobrego nasycenia gipsem. Wykład swój zakończył prelegent demonstracyją przyrządu, jakiego używa do ekstenzyi odnogi dolnéj przy zapaleniu stawu biodrowego. Przyrząd ów roboty ślusarskiéj ma tę zaletę, że się da przymocować do każdego żelaznego łóżka i składa się z jednéj sztuki żelaza opatrzonéj trzema kółkami, po których biegnie sznurek.

3) Dr. Wicherkiewicz mówił o operacyi zaćmy z torebką jak następuje:

Lubo w niejednym przypadku zdarzało się operatorowi wyjąć soczewkę razem z torebką, nie czynił tego jednak w pewnym zamiarze nikt przed Henklem, lecz był to czysty przypadek, jaki się po dziś dzień każdemu operatorowi wydarza. Dopiero pierwszy Henkel, a za nim Richter w roku 1773, podali metodę, mającą właśnie na celu wyjęcie soczewki zaćmionéj razem z torebką. Późniéj w r. 1799 za ich przykładem poszli Mohrenheim i Beer. Niewiadomo jednak z jakich przyczyn metoda ta nigdy nie znalazła wielu zwolenników. Przyczyną tego może był brak dostatecznéj znajomości anatomii patologicznéj oka i niewyrobiona technika. Dopiero Pagenstecher starszy w r. 1865 po dokładném zbadaniu wskazówek coraz więcéj uprawniał tę metodę, znacznie ją zmieniając, tak, że możnaby istotnie powiedzieć, że on jest ojcem przybranym tego dziecka okulistyki chirurgicznéj. Już po upływie roku na podstawie dość znacznego materyjału wykazał dodatnie strony tego rękoczynu. Nie odstąpił już odtąd wcale od niego, przeciwnie procent przypadków operowanych według téj metody coraz więcéj się wzmagał, a rezultaty osiągnięte po upływie jednego dziesiątka lat, ogłoszone w osobnéj broszurze przez Pagenstechera młodszego: *„Die Operation des grauen Staars in geschlossener Kapsel.“ Wiesbaden 1877*, spodziewać się każą, że metoda ta coraz więcéj pozyska sobie między okulistami zwolenników.

Z drugiéj strony nie można jednak zaprzeczyć, że są okoliczności, które mogłyby odstraszyć od stósowania téj metody, tém bardziéj gdy wiadomości nasze patologiczno-anatomiczne nie są dość pewne, aby mogły usunąć wątpliwości, zachodzić mogące. Wątpliwości zaś te nasuwa już sama anatomija normalna. Bo czyż nie trzeba nam się lękać zbyt silnego urazu oka, mianowicie zaś wypadnięcia ciała szklanego, jeżeli sobie przypomnimy, że soczewka przez blaszkę Zinna w ścisłym znajduje się związku z ciałem rzęskowém, że nadto cała jéj tylna powierzchnia połączona jest z dołkiem talerzykowatym ciała szklanego (*fossa patellaris*), i że wreszcie ciało szklane właśnie w okolicy ciała rzęskowego w nierozerwalném jest połączeniu z przednią częścią siatkówki? Wszelki więc silniejszy zamach operacyjny, uczyniony w tym kierunku wśród prawidłowych warunków, musiałby niechybnie przykre za sobą pociągnąć następstwa, jakiemi są zwichnięcie soczewki, lub przerwanie błony otaczającéj całe ciało szklane. Nie mniejszém także byłoby niebezpieczeństwo oderwania saméj siatkówki.

Inne zachodzą jednak stosunki w pewnych razach, które zaraz wyłuszczymy, a które czynią możebném wydobycie całéj soczewki w torebce, bez wywołania jakiegokolwiek niezamierzonego urazu oka.

Okoliczności czyli warunki, które zezwalają na wykonanie téj metody, są:

1) Zmiany chorobowe w blaszce Zinna, które następnie prowadzą do zaniku, względnie do odczepienia od torebki soczewkowéj. Jak bowiem wiadomo, powłoka ciałka szklanego w okolicy ciała rzęskowego dzieli się na dwie blaszki, z których jedna do przedniéj, druga do tylnéj powierzchni torebki się przyczepia. Kanał zaś, który te dwie blaszki między sobą tworzą, a który mieści w sobie krawędź soczewki, nazywa się kanałem Petita. W miarę, jak kanał ten rozszerza się i to w skutek pomnożenia się płynu tylnéj komórki, która do tego kanału przechodzi, owe blaszki odczepiają się od soczewki, a następnie nawet owo ścisłe połączenie tylnéj powierzchni soczewki z ciałem szklaném stać się może luźniejszém lub może być nawet zupełnie przerwaném w skutek wniknięcia owéj cieczy.

2) Korzystnym warunkiem do téj operacyi jest zgrubienie torebki soczewkowéj, zanik masy soczewkowéj, temu zgrubieniu towarzyszącéj, lub też stwardnienie kory i jądra. Dopiero istotna znajomość tych warunków patologiczno-anatomicznych tłumaczy nam fakt, który się nie jednemu operatorowi przydarzył, że już po zrobieniu cięcia rogówkowego soczewka cała wyszła w torebce przy lekkim nacisku gałki, lub też gdy chciał za pomocą cystotomu przeciąć torebkę wyciągnął całą soczewkę z torebką na haczyku. Ilość jednakże takich przypadków jest nieznaczna, podczas gdy ilość przypadków, które na podstawie powyżéj wzmiankowanych patologicznych stosunków operować możemy, jest nie małą. Korzyści zaś wypływające z téj metody są niezaprzeczenie wielkie, a operacyja według téj metody szczęśliwie wykonana, tj. rezultat tejże staje się rzeczywiście idealnym. Źrenica staje się jak najczyściejszą a nadto nie potrzebujemy się obawiać żadnych zapaleń, które tak często powstawają przy innych metodach, gdy cząstki znaczniejsze stwardniałéj kory lub też większe kawałeczki torebki pozostały w oku. Natenczas bowiem już nie tylko pozostałe cząstki torebki mogą zasłonić źrenicę, ale zarasta ona nieraz w skutek samego zapalenia, jakie owe części pozostałe wywołać mogą.

Pagenstecher operował z początku prawie wszystkie rodzaje katarakty w ten sposób, lecz jak łatwo pojąć można, ilość ich musiał ograniczyć dlatego, że nie wszystkie katarakty dozwalają w ogóle wyjęcia ich bez pęknięcia torebki wśród operacyi, lub też bez znacznéj utraty ciała szklanego, co w jednym i w drugim przypadku przykre za sobą pociągnąć może następstwa. Prawda, że prawie w połowie przypadków w ostatnich latach operowanych zdarzała mu się i utrata ciała szklanego, lecz gdy takowa nie jest zbyt obfitą, oko dość dobrze znieść ją może bez zakłócenia ostatecznego rezeltatu operacyi. Już w obec samego faktu jednak, że metoda Graefego daje nam całkiem zadowalające wyniki, czasem nawet świetne, nie będziemy się wcale kusić we wszystkich przypadkach o zastósowanie metody Pagenstechera, lecz postąpimy sobie tutaj eklektycznie. Tak więc zaćmy, kwalifikujące się do wspomnianéj operacyi, są mniéj więcéj następujące:

1) Zaćmy, które powstały w skutek *iritis* i *iridochoroideitis* lub też w ich towarzystwie, ponieważ w tych przypadkach kanał Petita jest rozszerzonym.

2) Zaćmy, obok których przez długi czas istniało przednie przyczepienie tęczówki, które sprowadza sprawę jaskrową następową a w jéj następstwie pomnożenie płynu wśródgałkowego.

3) Zaćmy Morgagniego, które już same przez się naprowadziły

prawdopodobnie na sposób tėj operacyi, chociaż na pozór zdawaloby się, że z powodu, iż kora a często i jądro jest zmiękczone, najmniéj się do tego kwalifikują. Usposabia je atoli do tego zgrubienie woreczka i równoczesny zanik blaszki Zinna.

4) Zaćmy przejrzałe, w których także tak samo jak w poprzednich torebka jest zgrubiałą, kora zaś często zanikła.

5) Zaćmy zwichnięte z powodu częściowego przerwania blaszki Zinna.

6) Pewne formy zaćmy, które powstały z zaciemnienia torebki tylnéj, czyli tak zwanéj *Cataracta polaris postica*. Owo zaćmienie znachodzi się zazwyczaj pomiędzy torebką a ciałem szklaném. Zaćmy te są powikłane lub powstają w skutek zapaleń naczyniówki lub siatkówki, a owe zaćmienia nie są niczém inném, jak tylko ich produktem. Zdarzało nam się często widzieć preparaty óez wyjętych, w których w skutek sprawy takiéj chorobowéj w zagłębieniu ciała szklanego znajdowała się płynna ropa.

7) Zaćmy powoli dojrzewające lub nie postępujące przez wiele lat; i w nich bowiem w skutek stwardnienia skurcza się cała masa soczewkowa, połączenie soczewki z ciałem szklaném staje się luźniejszém, a blaszka Zinna z tychże samych przyczyn powoli przedłużana ulega zanikowi.

8) Wreszcie należy operować według téj metody wszelkie inne zaćmy, jeżeli po zrobieniu cięcia rogówkowego (lub też dopiero po irydektomii) w zamiarze zastósowania innéj metody operacyjnéj wypada ciało szklane. Wtenczas bez względu na wszelkie inne powody, łyżeczkę niezwłocznie wprowadzić należy ostrożnie w głąb oka i ekstrakcyi dokończyć.

Wypada mi teraz z kolei słów kilka powiedzieć o sposobie operacyi. Jeśli operacyja zaćmy w ogólności wymaga jak najspokojniejszego zachowania się ze strony mającego być operowanym, to tém bardziéj metoda, o któréj mowa, gdyż silniejsze poruszenie wśród najważniejszego aktu tj. wydobywania soczewki, wywołać może pęknięcie torebki, zwichnięcie całéj soczewki w głąb oka lub zbyt silne wypadnięcie ciała szklanego. Lubo w przypadkach, które operowałem, nie było konieczności zapobiegania takim wypadkom mając do czynienia z osobami, które po dokładném przygotowaniu i przedstawieniu niebezpieczeństwa umiały nad sobą panować, to nie wahałbym się jednak w mniéj korzystnych przypadkach zastósować chloroform lub eter, chociaż czynię to niechętnie ze względu na mdłości lub wymioty, jakie wśród operacyi nastąpić mogą, przez co bieg operacyi musiałby być przerwany.

Po należytém więc przygotowaniu wszystkiego robi się cięcie nożykiem Graefego w ten sam sposób, jak przy zmodyfikowanéj metodzie cięcia Graefego i to w górnéj części rogówki, a tylko wtenczas miejsce to wypadnie zmienić, jeśli bielmo rogówki téj odmiany wymaga. Cięcie powinno być dostatecznie szerokie, ażeby soczewka z łatwością przedostać się mogła. Szerokość ta stósować się może do względnéj szerokości zaćmionéj soczewki, którą to szerokość niekiedy po dobrém rozszerzeniu źrenicy atropinem przynajmniéj w przybliżeniu oznaczyć można. Zaćmy Morgagniego już dlatego że płynne przez mniejszy stosunkowo otwór rogówki przedostać się mogą. Następuje potém jak zwykle przy metodzie Graefego wycięcie tęczówki, tutaj tém niezbędniejsze, o ile bez téj szczeliny wprowadzenie łyżeczki nie byłoby możebném. Jeżeli są przyczepy tylne tęczówki, należy takowe poprzednio za pomocą haczyka tępego odłączyć. Po usunięciu następnie resztek krwi skrzepłéj lub, jeśli krwotok do przedniéj komórki był znaczny, po wyczekaniu, aż tenże ustanie lub po uśmierzeniu onego i wypuszczeniu krwi z przedniéj komórki, próbuje operator przez lekki nacisk, wywierany pincetą (przyczepioną do gałki przy rogówce, a odebraną po dokonanéj iridektomii asystentowi), azali się nie uda uchwycić krawędzi soczewki w obręb cięcia rogówkowego a może już przez sam ten nacisk wydobyć całą soczewkę, jak się niekiedy zdarza w przypadkach zaćm Morgagniego, które z łatwością pod naciskiem opuszczają wnętrze gałki. Co jeżeli nie nastąpi, a krawędź soczewki staje się widoczną, natenczas operator łyżeczkę platynową, odpowiadającą mniéj więcéj objętości tylnéj ściany torebki, czyli łyżeczkę, któréj wklęsłość odpowiada właśnie tylnéj wypukłości soczewki, lekko wprowadza po za krawędź soczewki i posuwa ją ku dołowi prawie tylko za pomocą jéj własnego ciężaru.

Chwilę, w któréj łyżeczka brzegiem swoim dochodzi aż do dolnéj części krwędzi soczewki, łatwo operator pozna po pewném uczuciu lekkiego ślizgnienia, jakie się czuć daje ręce prawéj, trzymającéj łyżeczkę. Następnie operator zwolna spuszczając rękojeść łyżeczki ku czołu, nieznacznie przyciska soczewkę do rogówki, zapobiegając w ten sposób wyślizgnięciu się soczewki i równocześnie powoli łyżeczkę ciągnie do góry, asystujący zaś lekarz winien przyłożyć krawędź łyżeczki kauczukowéj do rogówki i to w miejscu odpowiadającém dolnemu brzegowi łyżeczki platynowéj, następnie wśród lekkiego nacisku skierowanego raz w prawo, drugi raz w lewo, stósownie do tego, w którą stronę soczewka ma się wyśliznąć, posuwa się za operatorem ku otworowi gałki. Zdarza się często, że po wydostaniu się większą połową swéj objętości z wnętrza gałki, soczewka w jedném lub drugiém miejscu tak silnie złączona jeszcze jest z blaszką Zinna, że po wyjęciu łyżeczki, soczewka zostaje częściowo w otworze gałkowym; połączenie to łatwo zazwyczaj przerwać można przez nieco silniejsze odtrącenie soczewki za pomocą łyżeczki. Gdyby to jednak niemiało udać się łatwo, połączenie przeciąć winniśmy za pomocą zakrzywionych, małych nożyczek Coopera. Jeśli w końcu tego aktu nastąpiło wypadnięcie ciała szklanego, natenczas takowe odcinamy. W wielu jednak przypadkach, gdy tylko mniejsza hernia się przedstawia, nawet odcinać jéj nie potrzeba, gdyż hernia taka sama już po kilku sekundach cofa się w głąb gałki.

Po dokonanéj operacyi i wyczyszczeniu należytém woreczka spojówkowego zakładamy opaskę unieruchomiającą na obadwa oczy. (Od roku przeszło używam po operacyjach zaćmy, jak w ogóle po wszystkich ważniejszych operacyjach oka, opaski przeciwgnilnej i to w następny sposób: na zamknięte powieki kładzie się okrągły plateczek, umaczany w 5% olejku kwasu karbolowego, na to pęk waty, preparowanéj z kwasem borowym, a to wszystko przymocowuje się przepaską gazową świeżo zmaczaną w 10% rozczynie kwasu karbolowego; opaskę taką znoszą chorzy bardzo dobrze i tylko przez pierwsze dziesięć lub piętnaście minut, rzadko dłużéj, skarżą się, chociaż nie zawsze, na lekkie palenie, a ropienie zdarza się o wiele rzadziéj od czasu, odkąd używamy tego rodzaju opasek.) Jeżeli operacyi towarzyszył ubytek ciała szklanego a pacyjent nie skarży się na żadne dolegliwości w oku, pozostawiamy opaskę tę przez 48 godzin, w przeciwnym razie zmieniamy ją po 12tu lub 24ech godz. a następne zachowanie się stósuje się do ogólnych objawów i reguł znanych. Z tego cośmy widzieli przez kilka lat w klinice wiesbadeńskiéj, i we własnéj doświadczyli praktyce, groźniejsze zapalne objawy daleko są rzadszemi, aniżeli po operacyjach z przecięciem torebki i to z przyczyn wyżéj wyluszczonych.

Pomijam tutaj uwagi nad temi objawami, mianowicie o ile się one różnią od objawów, towarzyszących wyjęciu soczewki po rozcięciu torebki i czém się tłumaczą, odsyłając każdego, któryby się tym przedmiotem bliżéj chciał zająć, do wspomnianéj wyżéj broszurki Hermana Pagenstechera. Sam zaś pragnę Panom przedstawić starca 77-letniego, którego przed trzema tygodniami według téj metody operowałem, a który obecnie odzyskał na operowaném prawém oku zupełną siłę widzenia. Macie Panowie przed sobą przypadek prawdziwie idealnéj operacyi, bo takowa bez wszelkich przypadłości, bez wszelkiéj utraty ciała szklanego dokonaną została, zagojenie nastąpiło nadzwyczaj szybko i prawidłowo, tak że chory już dnia szóstego uwolniony od opaski opuścić mógł łóżko. Widzicie Panowie prawe oko bez wszelkiego podrażnienia, szczelinę znaczną tęczówki o formach regularnych, całą źrenicę najzupełniéj czarną, czystą, a tylko przy bardzo dokładném ukośnem oświetleniu uda się dostrzedz cieniuteńką blonkę, stanowiącą przedział między ciałem szklaném a przetworem pozatęczówkowym. Przy badaniu wziernikowém ciało szklane okazuje się zupełnie czystém, tarcza n. wzrokowego prawidłowa, tylko w prostopadłym kierunku owalna, jako wyraz niejednostajnéj wypukłości rogówki, która to jednak nieprawidłowość da się usunąć odpowiedniemi szkłami cylindrycznami. Chory bowiem posiada $V = {}^{18}/_{20}$ Hp 10 D. sfr 1,5 ○ D. cyl.

Namienić mi tutaj jeszcze wypada, że starzec ten od trzech lat jednakowo mało widział, tj. rozpoznawał tylko palce na kilka stóp. Przy badaniu przed operacyją okazało się jądro w obydwóch oczach, więcéj odbijające przy ukośném oświetleniu jako wyraz stwardnienia, podczas gdy kora okazywała się jeszcze przeźroczystą. Dokonawszy operacyi według metody Pagenstechera na prawém oku, w którém nieco więcéj soczewka zdawała się zaćmioną, zrobiliśmy równocześnie irydektomiję na oku lewém,

celem przyśpieszenia zupełnego zaćmienia soczewki lewéj, a widzicie Panowie, już dzisiaj po trzech tygodniach soczewkę tę zupełnie zaćmioną; chory zaś, który okiem tem przed 3ma tygodniami liczył palce na 2 do 3 stóp, dziś tylko rozpoznaje poruszanie ręki. Gdy za miesiąc lub dwa dokonamy ekstrakcyi po rozcięciu torebki, będziemy mieli najlepszą sposobność porównania korzyści jednéj metody z drugą, w warunkach prawie równych.

Chciałem Panom równocześnie przedstawić drugi przypadek podobny u kobiety 66-letniéj, cierpiącéj na cukrzycę, którą także przed 10 dniami na oku lewém według metody Pagenstechera również z pomyślnym skutkiem operowałem, lecz stan ogólny osoby téj niedozwalał przedstawienia jéj szanownemu Zgromadzeniu. Ponieważ zaś osoba ta znajdujo się jeszcze w klinice, każdy z Panów, któryby zechciał, widzieć ją może.

4) Następnie Dr. **Kaczorowski** wspomina w krótkich słowach raz jeszcze o błogim wpływie zimnego powietrza w chorobach gorączkowych, a zachęcając kolegów do stósowania téj metody przytacza kilka przypadków chorobowych w ostatnim czasie metodą tą nader pomyślnie leczonych.

5) Sekretarz namienia, że Towarzystwo otrzymało w darze następujące dzieła: *a)* Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1879, zeszyt I. *b)* Ueber die abnorm lange Dauer der Gravidität von Adam von Sendykowski. Würzburg 1879. *c)* O dżumie azyjatyckiéj etc. przez Dra Jerzykowskiego.

Na tém posiedzenie zamknięto.

St. Jerzykowski, sekretarz.

(Nadesłane)

V. List o działaniu środków znieczulających.

Szanowny Redaktorze! Dla objaśnienia tego co powiedziałem na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego d. 19 lutego rb., chciéj w Przeglądzie Lekarskim umieścić następne tłumaczenie przedmiotu.

Działanie napojów wyskokowych i środków znieczulających na ustrój najlepiéj wyświecili pp. Lallemand, Perin, profesorowie szkoły lekarskiéj paryskiéj Val-de-Grâce i Duroy, członek towarzystwa farmaceutycznego, w r. 1860 w dziele p. n. *Du rôle de l'alcool et des anesthesiques dans l'organisme.* Do owego czasu uważano powszechnie napoje wyskokowe dla saméj obecności w nich alkoholu za pożywne. Liebig zaliczył je do tak zwanych środków oddechowych, to jest takich, które służą do ogrzewania ciała przez oddychanie, a to w ten sposób, że zawierając w sobie wód i węgiel w zetknięciu w płucach z tlenem powietrza zamieniają się na HO i CO_2. Liczne doświadczenia i rozbiory chemiczne dokonane przez wyżéj wymienionych autorów dowiodły, że alkohol nie ulega w ustroju żadnéj zmianie, że się z niego wydziela przez nerki, płuca i skórę, i że go zawsze wydobyć można z powietrza wydychanego, a w największéj ilości z moczu. W taki sam sposób zachowują się środki znieczulające, mianowicie chloroform i eter siarkowy, z tą tylko różnicą, że alkohol zostaje wyprowadzonym głównie przez nerki a chloroform przez płuca. Autorowie ci takie w końcu ze swoich badań wyprowadzili wnioski. Alkohol, chloroform, eter siarkowy i amylen mogą być uważane za jedną rodzinę naturalną leków ściśle zbliżonych do siebie swemi cechami i własnościami. Ich działanie fizyjologiczne jest jednakowe. Działają one pierwotnie i wprost na układ nerwowy mózgu i mlecza pacierzowego. Alkohol i środki znieczulające wydzielone zostają z ustroju bez zmiany i w całości *(en nature et en totalité). (Lallemand et Perin op. cit p, 423.)*

Sama zatém natura usiluje te istoty szkodliwe wyprowadzić ze krwi różnemi drogami, a głównie przez płuca i przez nerki.

Nasza rodaczka p. Anna Tomaszewiczówna, posiadająca stopień doktora medycyny, rzuciła nowe światło na działanie najświeższego środka znieczulającego: chloralu, w rozprawie ogłoszonéj już w r. 1874 w archiwie Pflügera p. n. *Die Wirkung des Chlorals und der Trichloressigsäure.* Prof. Hoyer oceniając tę pracę z zaszczytem dla autorki [1]) tak mówi: „Rozprawa ta stara się wykazać niewłaściwość hipotezy Liebreicha, utrzymującego, że działanie chloralu zasadza się na rozszczepieniu tego preparatu przy zetknięciu się z alkalijami krwi na kwas mrówkowy i chloroform; hipoteza ta doprowadziła Liebreicha do odkrycia tak zbawiennego w wielu cierpieniach usypiającego działania chloralu, a pomimo to jest najzupełniéj nieuzasadnioną, jak to p. Tomaszewiczówna w pracy swojéj dobitnie wykazała, rozbierając krytycznie dowody Liebreicha i zbijając je w części własnemi spostrzeżeniami. Autorka wykazuje, że u zwierząt uśpionych chloralem nie wydziela się chloroform ani z powietrzem wydychaném z płuc, ani przez mocz, który zawiera tylko chloral; również nie znajduje się chloroform we krwi, a trójchlorowodornooctan sody, który według Liebreicha podobnie działać powinien jak chloral, ponieważ podobnemu ulega rozkładowi w zetknięciu z alkalijami, nie okazuje żadnéj usypiającéj działalności. Chloral posiada więc sam przez się własności usypiające; dla wytłumaczenia takowych hipoteza o odszczepianiu chloroformu z chloralu jest zbyteczną. Krytyka w téj pracy, kończy prof. Hoyer, jest dobitna, przekonywająca; doświadczenia na których się opiera, zdradzają dokładną znajomość chemii i fizyjologii". Z tego zatem przekonywamy się, że chloral także nie ulega w ustroju zmianie chemicznéj i można go odnaleść w moczu.

Dokładne oznaczenie działania alkoholu na ustrój ludzki jest niezmiernie wielkiéj wagi dla higijeny publicznéj, z tego powodu, że napoje wyskokowe u ludów Europy stały się prawie chlebem powszednim. Gdy spostrzeżenia i rozbiory chemiczne dokonane z wielką ścisłością i biegłością w sztuce przez wyżéj wspomnionych badaczów dowiodły, że alkohol w ciele zwierzęcém nie ulega rozkładowi i wychodzi niezmieniony różnemi drogami, szczególniéj przez płuca i nerki, zatém nie ma żadnéj wartości odżywczéj. Napoje spirytusowe mogą ją mieć tylko takie, jak piwo, wino, miód (do picia), kumys, które obok alkoholu zawierają w sobie inne części składowe pożywne, to jest: cukier, gummę, istoty azotowe i t. p. To nam tłumaczy, dlaczego pijący w wielkiéj ilości piwo tyją, a nadużywający wódki chudną.

W przypadku otrucia się chloroformem, opowiedzianym przez kol. Buszka, przyczyną śmierci nie tyle może było zatrucie krwi, ile raczéj ostre zapalenie żołądka sprowadzone przez wypicie wielkiéj ilości (100 gramów) chloroformu, który nawet na skórze przez dłuższe zetknięcie się z nią wywołuje silne zapalenie, a nawet pęcherze, jak po oparzeniu. Tak mocne zapalenie żołądka mogło przejść szybko w zgorzel. W takiém położeniu osoba chora pomimo wszelkich starań lekarskich uratowaną być już nie może. Przypadki śmierci przez wdychanie chloroformu nawet przy częstém użyciu tego sposobu znieczulania przy operacyjach chirurgicznych są bardzo rzadkie, ale najrzadszém ze wszystkich jest otrucie przez wypicie zbytecznéj ilości chloroformu. Autorowie wyżéj wymienieni przytoczyli trzy takie przypadki (Lallemand et Perin op. cit. p. 344), wszystkie zakończone wyzdrowieniem. W dwóch ogólnie tylko wspomnianych chorzy

[1]) Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1878, zeszyt 1szy.

po wypiciu mniejszéj ilości chloroformu ulegli znieczuleniu, ale wkrótce przyszli do siebie. W trzecim przypadku opisanym w amerykańskim dzienniku lekarskim chory połknął wielką ilość (60 gramów) chloroformu. Lekarz przyzwany zastał go w stanie zupełnego znieczulenia, oddech charczący, tętno 60; pomimo tego że chory wymiotował, wypróżniono żołądek za pomocą pompy żołądkowéj i wstrzyknięto dwoma zawodami 1½ kwarty wody letniéj, którą wydobyto mocno woniejącą chloroformem. Póżniéj nastąpiły jeszcze wymioty. Znieczulenie trwało aż do dnia następnego, poczém rozwinęło się silne zapalenie żołądka z żółtaczką, chory wymiotował wszystko, brzuch był bolesny, język suchy. Zapalenie to leczono dawną metodą, to jest: stawiano bańki cięte, robiono ciepłe okłady na brzuch; wewnątrz podawano środki przeczyszczające, rtęciowe. Przy tym sposobie leczenia chory w przeciągu dwóch tygodni zupełne odzyskał zdrowie.

Z doświadczeń robionych na zwierzętach pokazało się, że u wszystkich, u których znieczulenie posunięto aż do ustania oddychania, gdy w tym stanie pozostawiono je cokolwiek dłużéj, śmierć następowała zawsze. Głównym środkiem ratunku było wywołanie sztucznego oddychania natychmiast. Obawa, żeby przez to nie nastąpiło rozdarcie pęcherzyków powietrznych i rozedma płuc, jest zbyteczną. Tym sposobem z 11 psów, u których już ustało oddychanie a nawet bicie serca, przywrócono do życia 8. Wdmuchiwanie trwało 1—7 minut (op. cit. p. 344). Równie skuteczną jak wdmuchiwanie powietrza dla obudzenia sztucznego oddychania pokazała się faradyzacyja nerwów frenicznych dokonana w dwóch przypadkach przez słynnego z swych prac na polu elektryzacyi lekarskiéj p. Duchenne (de Boulogne). Obadwa psy poddane faradyzacyi, przywrócone zostały do życia (op. cit. p. 344). U zwierząt znieczulonych eterem siarkowym, u których ustało już oddychanie, śmierć następowała zawsze, pomimo wdmuchiwania powietrza i faradyzacyi nerwów, prawdopodobnie dlatego, że eter z większą trudnością ustępuje przez płuca, niż chloroform.

Ani morfin ani atropin nie są odtrutkami chloroformu. Morfin może być zalecany w takich przypadkach, gdzie chcemy przedłużyć znieczulenie, a lękamy się większéj ilości chloroformu wprowadzać w ustrój.

Długie wieki upłynęły, zanim wynaleziono środki znieczulające dla ukojenia cierpień i bólów, których to środków od najdawniejszych czasów szukano. Był to zatém nie mały postęp nauki, gdy w r. 1846 Jackson w Ameryce odkrył własności znieczulające eteru siarkowego, który już w następnym roku wszedł w użycie przy operacyjach chirurgicznych w szpitalach paryskich. Wkrótce potém zastąpiono go chloroformem. Z początku używano tych środków praktycznie, to jest empirycznie, nie rozumiejąc dobrze ich działania fizyjologicznego na ustrój. Dopiero prace pp. Lallemanda, Perina i Duroya wyjaśniły to działanie. Badania te w późniejszym czasie p. Tomaszewiczówna rozciągnęła do chloralu, zbijając błędne zdanie Liebreicha. Ostatni ma tę niezaprzeczoną zasługę, że zalecił użycie chloralu jako środka usypiającego i znieczulającego, robiąc liczne doświadczenia na chorych, których mu dostarczyły w obfitości szpitale berlińskie. Lecz pokazuje się, że Liebreich prac autorów francuskich, które tu przytoczyłem, nie znał; bo o nich żadnéj zupełnie wzmianki nie robi, chociaż już w r. 1860 ogłoszonemi zostały. Wnioski swoje wyprowadził z teoryi, która według dawniejszych formuł chemicznych tłumaczy się najlepiéj przez następujące zrównanie:

$$\underset{\text{chloral}}{C^4HCl^3O^2} + 2HO = \underset{\text{chloroform}}{C^2HCl^3} + \underset{\text{kwas mrówczany.}}{C^2HO^3HO}$$

Prawda, że się tak działanie to tłumaczy w retorcie chemicznéj; ale w ustroju żywym chloral nie ulega rozkładowi i wychodzi z niego bez zmiany, jak to p. Tomaszewiczówna w rozprawie swojéj udowodniła.

Chciéj szan. Redaktorze w sprawozdaniu z posiedzenia naszego Towarzystwa z d. 19 lutego rb. odwołać się do tego tłumaczenia i zarazem przyjąć wyraz poważania, z jakim zostaję *Dr. E. Majewski.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Choroby nagminne w Galicyi w ciągu lutego 1879.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem stycznia	przybyło	z tych: wyzdrowiało	z tych: umarło	z tych: pozostało w leczeniu: chorych	z tych: pozostało w leczeniu: w gminach
Ospa	15	33257	47	132	97	33	49	5
Odra	61	70915	307	2540	1774	205	868	38
Płonica	27	29776	170	492	368	99	195	15
Błonica	46	74921	54	513	250	244	73	20
Dur brzusz.	39	44618	127	394	327	52	142	19
Dur osutkow.	24	35582	121	350	293	54	124	18
Krztusiec	56	59917	915	1449	1594	112	858	30
Czerwonka	2	2390	17	12	26	3	—	—

Na posiedzeniu c. k. Rady zdrowia z dnia 4 marca b. r. 1) Dr. Werner weterynarz krajowy odczytał sprawozdanie weterynaryjne za rok 1879 i wnosi: Rada zdrowia uznaje konieczną potrzebę ustanowienia trzech posad weterynarzy rządowych w Wadowicach, Tarnowie i Rzeszowie, a to ze względu na coraz bardziéj szerzącą się zarazę płucną w zachodnich powiatach kraju. Wniosek ten Rada zdrowia przyjmuje, uchwala nadto, aby ze względu, iż w skutek zawleczenia księgosuszu przez przemycane bydło z Królestwa Polskiego rząd zaprowadził kataster bydła w powiatach pogranicznych, do któréj to czynności potrzebni są koniecznie rządowi weterynarze, przedstawić wys. c. k. rządowi konieczną potrzebę utworzenia stałych posad weterynarzy we wszystkich powiatach mających od Królestwa Polskiego suchą granicę, a przynajmniéj jako niezbędnie potrzebne dwie posady, jednę dla powiatów Jarosławskiego, Cieszanowskiego i Łancuckiego z siedzibą w Jarosławiu, drugą dla powiatów Tarnobrzeskiego i Niskiego z siedzibą w Nisku.

2) W odpowiedzi na pytania wys. c. k. ministerstwa spraw wewn. w sprawie składów szmat i papierni, przedkłada c. k. kraj. Rada zdrowia, na podstawie udzielonych sobie przez c. k. Namiestnictwo relacyj Izb handlowo-przemysłowych krajowych oraz starostw, swe sprawozdanie i uchwala szczegółowe wnioski co do urządzenia składów szmat, prania oraz dezinfekcyi gałganów przed wysełką.

3) W załatwieniu odezwy krajowéj Rady szkolnéj uchwala Rada zdrowia, że przedłożenie świadectwa skutecznego szczepienia ospy ochronnéj winno być jednym z warunków przyjęcia do jakiejkolwiek szkoły publicznéj i to od najbliższego półrocza szkolnego.

4) Przedłożony kraj. Radzie zdrowia projekt statutu zakładu zdrojowego w Iwoniczu uchwalono zwrócić zakładowi jako w zupełności celowi nie odpowiadający.

5) Uchwalono wreszcie przedstawić c. k. Namiestnictwu, aby inspekcyje sanitarne na stacyjach pogranicznych miały prawo wpuszczania do kraju tych poddanych austryjackich bez wizy konsularnéj, którzy przed trzema dniami z kraju wyjechali.

Dr. Merunowicz.

* **Zaraza astrachańska.** Niemamy nic niekorzystnego do zapisania w tygodniu bieżącym, a przypuszczenie, że na teraz przynajmniéj zaraza ustała w zupełności, sprawdza się na szczęście ludzkości. W d. 10 bm. telegrafował jenerał Loris z Astrachanu: „Niema chorych na zarazę. Po uznaniu przez specyjalistów poddania potrzeby mieszkańców Wietlanki badaniom lekarskim przed

zwinięciem kwarantany, prof. Eichwald obejrzał wczoraj trzecią część całéj ludności tamecznéj i nic podejrzanego nie dostrzegł. Oglądanie odbywać się będzie dziś daléj i za trzy dni zostanie zapewne ukończoném. Również w Pryszybie i Nikolsku lekarze będą badać mieszkańców.“ Z późniejszéj jego depeszy wynika, „że na podstawie korzystnych rezultatów, jakich dostarczyły oględziny lekarskie mieszkańców Wetlanki, zniesioném zostało zamknięcie téj wsi po odprawieniu uroczystego nabożeństwa. Pozostaje przeto jeszcze tylko zamkniętą wieś Saliterennoje, gdzie 42-dniowa kwarantana kończy się dnia 23go marca.“ Z doniesieniem tém zgadza się depesza protomedyka Biesiadeckiego z Wetlanki d. 15 bm. zamieszczona w *Gazecie Lwowskiéj* téj treści: „Po sprawdzeniu stanu zdrowia ludności przez ankietę lekarską, w któréj brałem udział, kordon sanitarny został zniesiony. Wyjeżdżam ztąd do kwarantany Ziemianowskaja.“

Protokół podpisany w Wietlance w d. 8 bm., o którym wspomnieliśmy w numerze przeszłym, opiewa dosłownie jak następuje: „Na odbytém dnia wczorajszego w Wietlance posiedzeniu ogólném lekarzy zagranicznych wraz z profesorem Eichwaldem zapadła uchwała, spisana protokularnie w języku francuskim, w dosłownym zaś przekładzie brzmiąca jak następuje:

„W skutek przedłożeń rządu cesarsko-rosyjskiego, abyśmy wyrazili swą opiniję w kwestyi zarazy, która grasowała w tych okolicach, niżéj podpisani świadczymy, że choroba, która istniała w gubernii Astrachańskiéj od połowy października r. 1878 do końca stycznia 1879 r. była epidemiją zwaną dżumą, a mającą charakter tak zwanéj „dżumy dymienicowéj lewantyńskiéj.“ Niżéj podpisani poczytują za swój obowiązek powstrzymać się od wyrażenia zdania, jakiemi sposoby choroba ta powstała w tutejszych okolicach, a to do czasu, dopokąd bliższe śledzenia niedostarczą zupełnie stanowczych i pewnych danych. Epidemiję należy poczytywać w téj chwili za uśmierzoną, ponieważ od d. 28 stycznia nie został zarejestrowanym ani jeden przypadek zapadnięcia lub śmierci; niepodobna atoli ręczyć, aby choroba nie mogła się wznowić w jedném lub w wielu miejscach, które nią były dotknięte, szczególnie zaś w Wietlance, która ucierpiała najwięcéj. Przy warunkach dziś istniejących niżéj podpisani uważają za możebne doradzić następne środki ostrożności, zaproponowane przez prof Eichwalda: 1) Długi dozór medyczny w miejscowościach podejrzanych; 2) zachowanie aż do upływu przepisanego prawem sześciomiesięcznego terminu dziś istniejących łańcuchów kordonowych około każdéj wsi, w któréj zaraza grasowała; 3) zachowanie dotychczasowych kwarantan, obejmujących każdą po szczególe miejscowość, która była dotknięta zarazą i obserwowanie przepisów co do dziesięciodniowego zatrzymywania w kwarantanach podróżnych. Przy takich warunkach niżéj podpisani nie uznawaliby potrzeby zachowywania nadal ogólnego łańcucha kordonów, obejmującego obecnie całą guberniję Astrachańską, celem zabezpieczenia Rosyi, a tém bardziéj graniczących z nią mocarstw od wtargnięcia zarazy, nawet w przypadku ponownego jéj pojawienia się. Wietlanka d. 24 lutego (8 marca) 1879 r. Podpisano: Hirsch, Biesiadecki, Kabiadis, Petresko, Eichwald.“

Jenerał Loris-Melikow dodaje jednak w tejże saméj depeszy telegraficznéj, że według osobistego zdania profesora Eichwalda łańcuch kwarantan w około gubernii Astrachańskiéj powinien być zachowany *in statu quo* przynajmniéj do końca maja *v. st.*

Teraz dopiero zjeżdżają się w gubernii astrachańskiéj i delegaci szwedzko-norwegscy Drowie Duner i Malthe, francuscy Zuber i Lallemant, oraz duński Feilberg.

W dzienniku urzędowym petersburskim zamieścił znakomity lekarz E. Pelikan artykuł w którym dowodzi, że dżuma straciła już oddawna cechę szerzenia się pandemicznego.

Wojskowy inspektor lekarski, Dr Bogolubow w Warszawie, wydał instrukcyję w przedmiocie postępowania z żołnierzami, przybywającymi z Rosyi na punkta zborne; warszawski, siedlecki, bialski, kutnowski, lubelski, piotrkowski i łódzki. Instrukcyję tę zatwierdził warszawski komitet dżumowy.

* Minister spraw lekarskich w Prusiech, Dr. Falk, uznał za stósowne ułożyć taksę minimalną za czynności lekarskie, mającą obowiązywać od d. 1 października rb. i takową przesłał Towarzystwu lekarskiemu w Berlinie pod ocenę, żądając zdania w przeciągu 2ch miesięcy. Taksa ta jest nadzwyczaj szczegółową, bo uwzględnia wszystkie możebne czynności lekarskie i wszystkie rękoczyny, począwszy od prostéj wizyty w pomieszkaniu chorego lub lekarza aż do żmudnych operacyj, jak np. resekcyi szczęki górnéj itd. Taksa ta jest, jak powiedzieliśmy, minimalną, to jest wyszczególnia ona kwoty, które należy przyznawać lekarzowi w razie, jeżeli chory dobrowolnie płacić nie chce; z tego powodu kwoty poszczególne wcale nie są świetne. Tak np. za pierwszą wizytę u chorego lekarz liczyć może tylko 2 marki, za każdą następną 1 m., za pierwszą konsultacyję 5 m, za następne po 3 m., za pierwszą radę udzieloną w pomieszkaniu lekarza $1\frac{1}{2}$ m., za następne tylko $\frac{3}{4}$ m.; za badanie wziernikowe 2 m., za wstrzykiwanie podskórne 1 m., za szczepienie razem ze świadectwem $1\frac{1}{2}$ m., za przetoczenie krwi 30 m., za podwiązanie naczynia 20 m., za trepanacyję 25, za irydektomię 20, za wydobycie zaćmy 30, za wyłuszczenie gałki ocznéj 25, za resekcyję szczęki dolnéj 40, górnéj 60, za tracheotomiję 20, za herniotomiję 30, za założenie kateteru u mężczyzny 3, u kobiety 2, za amputacyję 30 itd. itd. Z pisma ministra wynika, że przywiązując wagę do téj taksy nie zgodzi się zapewne na poczynienie znacznych zmian w takowéj, a w obec ubóstwa ludu pruskiego zapewne taksa ta minimalna stanie się zwykłą. Niemamy więc powodu zazdroszczenia kolegom pruskim, a pokazuje się, że wzdychania za taksą lekarską wcale się nie opłacają.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 10, (od 2—8 marca) umarło w Krakowie osób 38; męż. 18 i kob. 20; w obwodach osób 21, w szpitalach 17; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 35,0; z chorób zakaźnych umarło 7 osób, mianowicie: 1 z ospy, 1 z płonicy, 3 z dławca, 2 z durzycy brzusznéj. Doniesiono (od 9—15 marca) o 1 przypadku duru osutkowego (od Hanzlika): o 2 przypadkach duru powrotnego (z Prądnika i z Piasków); o 4 przypadkach duru brzusznego (z ulicy Kopernika L. 29, z Kaźmierza z Podbrzezia L. 100); o 2 przypadkach płonicy (w szpitalu i w ul. Stolarskiéj L. 473). *J. B.*

* Jakiś „Anonymus“ w Dwutyg. med. publ. roni łzy nad świeżą mogiłą Komitetu dżumowego, pochowanego jednomyślnie przez komisyję sanitarną krakowską na wniosek radcy m. Dra Blumenstoka, a jękowi boleści wydobywającemu się z piersi wielkiego nieznajomego wtóruje redaktor Dwutyg., który cieszy się nadzieją, że „nieforunna uchwała, znosząca Komitet dżumowy, będzie odwołaną.“ Przypuśćmy tedy, że uda się wskrzesić tego Piotrowina, cóż daléj? Otóż Piotrowin zmartwychwstał i zaraz powrócił do grobu swego oddawszy świadectwo prawdzie. Świadectwo to zaś, jak Anonymus wiedzieć powinien, wypadnie tylko na korzyść komisyi sanitarnéj. Jeżeli bowiem sprawozdanie komitetu, powstałego pod grozą dżumy do nas zbliżyć się mającéj, dwa razy umieszczoném było na porządku dziennym komisyi sanitarnéj, a sprawozdawca tego komitetu ani razu nie uznał za potrzebne przybyć na posiedzenie, to był to powód aż nadto dostateczny do zwinięcia komitetu, pomijając już okoliczność, że dżuma, która, jak i Dwutygodnik w tymże samym numerze donosi, na teraz wygasła w gubernii astrachańskiéj, bynajmniéj mieszkańców naszego grodu nie przejmuje taką zgrozą, aby można „skorzystać z ich zatrwożenia.“ Do przeprowadzenia zaś „środków sanitarnych niezbędnych dla ochrony miasta zarówno od dżumy, jak od innych chorób nagminnych“ sądzimy, że wystarcza komisyja sanitarna, która właśnie do tego jest powołaną, a nie do spisywania programów, i robienia różnorodnych projektów, nie wchodzących w życie dla swojéj niepraktyczności. Redakcyi Dwutyg. jednak dziwimy się mocno, iż przypuszcza jakoby Komisyja sanitarna miejska oraz wnioskodawca, będący radcą m. Krakowa i lekarzem, mniéj dbali o dobro miasta, aniżeli anonim, o którym dla spuszczonéj przyłbicy niewiemy, czy również posiada zaufanie miasta i czy jest lekarzem.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d, 20 marca. W obec agitacyi rozpoczynającéj się i w Niemczech przeciw wiwisekcyjom, wydziały lek. uniwersytetów z wykładem niemieckim ogłaszają w dziennikach nielekarskich oświadczenie, mające na celu wyjaśnić potrzebę konieczną doświadczeń na zwierzętach dla nauki, oraz zapewnić, że doświadczenia te odbywają się tylko w zakładach państwowych i pod ich odpowiedzialnością. Oświadczenie to wydane zostało w imieniu wydziałów lek. w Bazylei, Bernie, Bonie, Dorpacie,

Erlandze, Fryburgu, Gracu, Gryfii, Hali, Heidelbergu, Kielu, Królewcu, Lipsku, Marburgu, Monachijum, Pradze, Wiedniu i Zurychu. Uderza jednak brak podpisu wydziałów lek. w Berlinie, Gietyndze, Jenie, Wrocławiu, Würzburgu, Tybindze oraz w Insbruku.

* Dowiadujemy się, że Dr. Feliks Czerwiakowski odzyskawszy zdrowie praktykować będzie znów w roku bieżącym w Gleichenbergu.

* Aptekarz S. Radlauer we Wrocławiu przysłał nam na okaz flakon wyciągu igliwiowego przez siebie wyrabianego. Rozpylony może być używany w pewnych chorobach narzędzi oddechowych z tym samym skutkiem co olejek terpentynowy lub igliwiowy.

* Ósmy Zjazd chirurgów niemieckich odbędzie się w Berlinie w dniach 16 — 19 kwietnia rb.

* **Wiedeń.** W d. 28 bm. ma nastąpić w Wiedniu wybór prezesa Towarzystwa lekarskiego; jako kandydatów do téj godności wymieniają obecnego wiceprezesa prof. Hebrę, oraz prof. Dumreichera.

* **Paryż.** Szpitale Ménilmontant i Temporaire odtąd zwać się będą szpitalami Tenona i Laënneca.

* **Nekrologija** D. 15 bm. umarł w Przemyślu Dr. Michał Mossór, lekarz tamże praktykujący.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 10: Andersa: Przypadek choroby plamistéj Werlhofa powikłany obrzmieniem gruczołów chłonnych (z kliniki prof. Lewitskiego); Minkiewicza (w Tyflisie): Postrzeżenia chirurgiczne. I. Sześć przetok pęcherzowo-pochwowych, operowanych w Tyflisie. Nr. 11. Minkiewicza: Postrzeżenia chirurgiczne (c. d.); prof. Dogiela: Poszukiwania farmakologiczne nad działaniem niektórych jednoatomowych nasyconych alkoholi (c. d.); w *Medycynie* Nr. 11: Wł. Orłowskiego: Pęknięcie cewki moczowéj; w *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 6: Oettingera: Dżuma w Europie w stuleciu bieżącém i przeszłém (c. d.); Janikowskiego: Śmierć dziecięcia nowonarodzonego w skutek zaniedbania potrzebnéj pomocy.

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. KRÓWCZYŃSKI: Der Verlauf einer syphilitischen Erkrankung bei Zwillingsbrüdern (Osobne odbicie z Viertelj. f. Dermatol. u. Syphilis 1878, in 8vo, str. 11).

Dr. Basil WOLAN: Zur Geschichte u. Entwickelung des öff. allg. Krankenhauses zu Czernowitz. Czernowitz 1879, R. Eckhardt, in 8vo, str. 21.

Wł. LEPPERTA: O mechanizmie gnicia ciał białkowatych, według badań Nenckiego i jego uczniów. (Osobne odbicie z Pamiętnika Tow. lek. warsz. Zeszyt II z r. 1879, str. 19.)

Dr. C. M. BROSIUS (w Bendorf-Sayn); Aus meiner psychiatrischen Wirksamkeit. Berlin 1878, in 8vo, str. 11. (Porówn. Nr. 38 Przegl. Lek. z r. 1878.)

Dr. L. JANY (w Wrocławiu): 14 Jahresbericht (1878) über die Wirksamkeit der Augenklinik des Dr. Jany. Breslau 1879, L. Freund, in 8vo, str. 31.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 29 marca 1879. № 13. Rok XVIII.

I. Stanowisko lekarzy prostytucyjnych w obec nauki

Napisał Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12.)

To co dotąd powiedziałem o wiewiórze, dowodzi, że lekarze prostyt. mogą żądać ścisłego określenia istoty wiewióra, a nawet powinni, jeśli dobrowolnie niechcą znosić ciężaru dowolnego postępowania. Na większe jeszcze trudności natrafiają lekarze prostytucyjni w kwestyi wrzodów, jakie przy spółkowaniu się udzielają. Walka unitarystów z dualistami nieskończona, a lekarze prostyt. w praktyce mają ich pogodzić i zwyciężyć trudności, których stan nauki dostarcza. Pozornie i tutaj sprawa przedstawia się jasno. Spostrzegając wrzód, o którym przypuszczam jako dualista, że to wrzód miękki, tak samo odsyłam chorą do szpitala, jak wówczas, gdy nierządnica dotknięta jest wrzodem, który jest pierwotnym objawem kiły, lub wreszcie wrzodem powstałym np. z urazu. Ale dalsze zachowanie się w obec téj chorej będzie odmienne, w miarę zajmowanego stanowiska; jako dualista lekarz prostytucyjny może być spokojnym, że po wyleczeniu wrzodu uzdrowiona nikogo nie zarazi, jako unitarysta powinien wraz z każdym odwiedzającym nierządnicę być przygotowanym, że ostatni nabawi się choroby, która może, chociaż nie musi, zakazić cały organizm. Aby uwidocznić różnicę, jaka istnieje między twierdzeniami dualistów i unitarystów, wypada przytoczyć przekonania zasadnicze obu obozów. Podczas gdy dualiści rozróżniali ściśle dwa rodzaje wrzodów, miękkie i twarde, z których pierwsze są tylko miejscową chorobą a drugie zawsze za sobą pociągają ogólne zakażenie, twierdzili zarazem, że wrzody miękkie tak na kiłowych, jakoteż na niedotkniętych kiłą w niezliczonéj liczbie za pomocą szczepienia rozmnożyć można, gdy tymczasem wrzód twardy tylko u zdrowych a właściwie niedotkniętych kiłą powstać może, a zaszczepiony na kiłowym daje zupełnie ujemny rezultat. Dla wytłumaczenia zaś spostrzeżeń niejednokrotnie stwierdzonych, że po wrzodzie miękkim następuje twardy, z wszelkiemi objawami właściwemi kile, utworzono piękną chociaż nieprawdziwą hipotezę o istnieniu wrzodu mięszanego i tym sposobem pokryto widoczne braki dualizmu. Natomiast unitaryści przypuszczali, że istnieje tylko jeden jad kiłowy, który różne skutki wywołuje, a które zależą od tego, czy jad działa chronicznie, lub też ostro i szybko; w ostatnim razie powstają wkrótce po zarażeniu, ewentualnie zaszczepieniu, wrzody o cechach, jakie dualiści przypisują wrzodom miękkim, a po których objawy ogólnego zakażenia najczęściéj nie występują. Działanie chroniczne jadu wywołuje wrzody, które dopiero po kilkunastu dniach lub kilku tygodniach od chwili zarażenia lub zaszczepienia występują i w następstwie których objawy ogólnego zakażenia się ukazują, niekiedy zaś powstają wrzody po krótkiém utajeniu, o cechach wrzodów miękkich szkoły dualistycznéj, do których po pewnym dłuższym przeciągu czasu przyłącza się charakterystyczne stwardnienie, a późniéj objawy ogólnego zakażenia: wreszcie chroniczne działanie jadu kiłowego nie zdradza się miejscowém cierpieniem, ale wprost występują objawy ogólnego zakażenia *(Syphilis d'emblée)*. Przyczyną, że jad kiłowy w dwojaki sposób działa, miało być zgęszczenie jadu, od którego wyłącznie zależało, czy objawy wystąpią wkrótce i będą tylko miejscowe, gdy koncentracyja jadu jest znaczną, lub też po dłuższym przeciągu czasu okaże się miejscowe zboczenie jako zapowiedź ogólnego zakażenia. Obecnie, gdy zgęszczenie przyrzutu do wytłumaczenia nie wystarcza i gdy doświadczeniami stwierdzono nieprawdziwość zapatrywania, cofają się unitaryści podając, że prócz zgęszczenia przyrzutu odgrywa ważną rolę jakiś nieznany dotąd czynnik chemiczny, od którego zależy, czy choroba będzie czysto miejscową, lub też ukażą się ogólne objawy zakażenia organizmu.

Tak stały rzeczy do niedawna i każdy z przytoczonych obozów miał zwolenników i przeciwników, a oba obozy tę miały wspólną wadę, że wyznawcy ich nie byli bezwzględnie posłuszni teoryi i każdy dualista, gdy potrzeba zmuszała, uciekał się do teoryi unitarnéj, a unitarysta w praktyce uciekał się do dualizmu. Jeśli do téj chwili panował istny

chaos, to takowy powiększył się w ostatnich czasach na kongresie w Filadelfii. Bumstead, który nie zgadza się na teoryję dualistyczną i unitarną dla ich braków, wyrugował nazwy: wrzody miękkie i twarde i stanowczo twierdzi, że niezawodnie istnieje dwojaki przyrzut weneryczny, który zaszczepiony wywołuje tak samo weneryczne owrzodzenia, jak to wywołują rozmaite produkta zapalne, a zarazem nie wyklucza działania obu czynników, z których wrzody weneryczne powstają. Zaszczepiona więc wydzielina zapalna jakiegokolwiek pochodzenia wywołuje miejscowe owrzodzenia, które szczepieniem rozmnożyć można; wydzielina ta nie potrzebuje pochodzić z organizmu zakażonego kiłą, ani nie wymaga istnienia kiły u szczepionego. Jeżeli wydzielina, którą szczepimy, pochodzi z osoby schorzałéj, lub nią szczepimy dotkniętego jakąkolwiek chorobą, natenczas skutek szczepienia powinien być silniejszym. Nie wdając się w szczegółowy rozbiór wspomnianych teoryj przytaczam ostateczne twierdzenia Bumsteada:

I. Przyrzut, który wywołuje wrzody weneryczne bywa dwojaki.

II. Niektóre wrzody weneryczne powstają z zaszczepienia przyrzutu kiłowego.

III. Inne wrzody weneryczne powstają z tworów zwykłego zapalenia.

IV. Oba jady mogą być jednocześnie zaszczepione.

Nie tutaj miejsce dla wykazywania, w czém się B. różni od dualistów, w czém się zbliża do unitarystów, a co stanowi, że nie jest ani dualistą ani unitarystą, bo może przy innéj sposobności będę mógł obszerniéj tę kwestyję omówić; obecnie zapytuję, co z tego chaosu ma wybrać lekarz prostytucyjny i jak w zastosowaniu tych twierdzeń w praktyce postępować powinien. Wprawdzie nieprzypuszczam, aby mógł znaleść się lekarz, który podzielając twierdzenia Bumsteada niepoczytywałby za chore prostytutki dotknięte zwykłemi wrzodami powstałemi z powodu zaszczepienia wydzielin zapalnych, bo według przytoczonego przypuszczenia one wywołują wrzody, które odpowiadają wrzodom miękkim dualistów, a takowe jak wiadomo niekiedy bardzo groźne następstwa za sobą pociągają. Gdyby zresztą owrzodzenia były zawsze tylko miejscowém cierpieniem i nigdy na nic nie narażały chorych, to już sama stwierdzona zaraźliwość uprawnia i zmusza lekarza prostyt. do oddzielania dotkniętych tą chorobą od zdrowych, a groźne następstwa tych wrzodów, o jakich autorowie wspominają i które tu mimochodem przypomnę, tém bardziéj usprawiedliwiają postępowanie badającego, który przysyła takie kobiety do szpitala. Hunter ogłosił przypadek, w którym następowe owrzodzenia zajmowały całą przestrzeń od pępka do łydki, trwały przez trzy lata i w końcu stały się przyczyną śmierci dotkniętego chorobą czysto miejscową. Handschuh przytacza niezwykłe spustoszenia, które miejscowe owrzodzenia wywołały, a które tak dalece zniszczyły ściany brzuszne, że można było widzieć ruch robaczkowy kiszek; Robert wreszcie wspomina o chorym, u którego wspomnione cierpienie trwało ośm lat i zniszczyło nietylko skórę całéj pachwiny, biodra i pośladka, ale przeniósłszy się na udo sięgało aż do kolana. Chociażby jednak podobne przypadki nigdy się nie zdarzały, powtarzam, że stwierdzenie miejscowéj a udzielającéj się choroby jest dostateczną przyczyną do odesłania do szpitala, bez względu na teoretyczne zapatrywania badającego co do istoty choroby. Na co jednak lekarzom prostytucyjnym przydadzą się wszelkie teoryje i rozumowania, chociażby najpiękniejsze i najwymyślniejsze? mogą one przydać się specyjaliście i on je znać powinien, zresztą powinien o nich wiedzieć lekarz praktyczny o tyle, o ile odnoszą się do leczenia, lub wskazują jak przy leczeniu postępować należy; ale dla lekarza, który ma stwierdzać, czy badana ma chorobę zaraźliwą lub nie, i który nie ma nic wspólnego z leczeniem, są wszelkie teoryje zupełnie niepotrzebne. Gdyby jedynym celem lekarza prostyt. było rzeczywiście tylko stwierdzenie, czy objaw jakiś może faktycznie wywołać u drugiego człowieka przez bezpośrednie zetknięcie chorobę zaraźliwą, nie byłoby złém takie ograniczanie się w czynnościach, ale przecież jego celem jest czuwać nad zdrowiem obywateli zamieszkujących jakiś obszar ziemi, lub w jedném mieście zgromadzonych, a na to nie wystarcza stwierdzenie choroby u kobiety oddającéj się nierządowi, bo ona zarażać może i wówczas, kiedy nie okazuje żadnych w oczy bijących objawów chorobowych. Jeśli praca jego ma być pożyteczną, to od lekarza prostyt. musimy żądać nietylko biegłości i sumienności w wypełnianiu swoich obowiązków, ale koniecznie wymagać powinniśmy znajomości ostatnich wyników i najświeższych odkryć w dziedzinie chorób płciowych i skórnych, które przez spółkowanie się udzielają i to żądanie dopóty jest usprawiedliwione, dopóki albo nauka nie stanie u granic doskonałości niezmiennéj obdarzając nas pewnikami, albo dopóki władze odpowiednie ściśle nie określą i nie wskażą, czém lekarz prostyt. w czynnościach ma się kierować. Zapewne, że do doskonałości wszystkim naukom i gałęziom przyrodniczym wiedzy lekarskiéj bardzo daleko, natomiast drugie żądanie ścisłego określenia obowiązków jest możliwém o tyle, o ile ustawy są wyrazem dobrze zrozumianego postępu i odbiciem najnowszych odkryć.

Kogo to rozumowanie nie przekonało, że lekarz prostyt. powinien w danych warunkach znać wszystkie teoryje i musi sobie przyswajać rezultaty najnowszych odkryć, tego może przekona przykład. Przypuśćmy na chwilę, że istnieje wiewiór kiłowy, czyli innemi słowy, że kobieta kiłą dotknięta może udzielać przez wydzielinę pochwy kiłę, chociaż zresztą żadnych objawów chorobowych a do kiły odnoszących się przy najskrzętniejszém badaniu nie znajdujemy, a nawet w chwili badania nie ma śladów zapalenia pochwy. Bezpośrednio po badaniu i stwierdzeniu zadowalającego stanu zdrowia powraca nierządnica do swego rzemiosła, a świeży podpis lekarza w księdze zdrowia umieszczony, dając rękojmię odwiedzającemu, zachęca do spółkowania; pod tym samym wpływem renomowana prostytutka znajduje w dniach, w których badania się odbywają, więcéj wielbicieli a liczba ich i nieodłączne od niéj niezwykłe drażnienie pochwy wpływa na to, że w błonie śluzowéj pochwy powstaje stan zapalny. Stan nieprawidłowy pochwy pod wpływem tychże samych szkodliwości potęguje się i już drugiego lub trzeciego dnia przechodzi zapalenie w ostry wiewiór, który jest powodem nie tylko wiewiórów, ale i kiły. Przyznać trzeba, że przykład nie jest wymarzony, ale z życia wzięty, a każdy doświadczony pod tym względem lekarz potwierdzi, że takie przykłady nie są wcale rzadkie. Alеż zauważy ktoś, żeśmy wyszli z błędnego założenia, przypuszczając istnienie wiewióra kilowego; nic więc dziwnego, że konkluzyja jest fałszywą mimo loiczności rozumowania. Że tak nie jest i że istnienie wiewióra kiłowego jest usprawiedliwione, będę się starał zaraz udowodnić, przechodząc do trzeciéj grupy chorób części płciowych, czyli do zakażenia kiłowego, które bardzo często niestety przez spółkowanie się nabywa. Nie rozchodzi się tu zresztą o to, czy wiewiór istnieje, ale o to, że

kobiety, u których żadnych objawów kiły wybadać nie można, przecież są często źródłem kiły, jak to niejednokrotnie stwierdzono.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Dwa przypadki czarnéj krosty u człowieka.

Podał Dr. Tomasz Świerz,
lekarz miejski i sądowy w Skawinie.

Do chorób rzadziéj pojawiających się u ludzi należy czarna krosta, wąglikiem lub karbunkułem złośliwym zwana. Samodzielnie, jak doświadczenie uczy, nie wywiązuje się nigdy u człowieka; zazwyczaj powstaje w skutek zarażenia się. Tam więc gdzie pojawiła się czarna krosta między zwierzętami domowemi, napotykamy takową najczęściéj u ludzi, jakkolwiek według Hellera człowiek posiada nie wielkie tylko usposobienie do czarnéj krosty. Osoby mające z powodu swego zajęcia styczność już to z padlemi zwierzętami, już też z częściami tychże, mianowicie: rzeźnicy, garbarze, gospodarze wiejscy, pasterze, weterynarze itp. zapadają na nią najczęściéj. Istotą zakażającą są ciałka pałeczkowate *(Bacillus anthracis)*, odkryte przez Pollendera w r. 1855, przez Davaina (1863) uznane za bakterydyje z rodzaju Schyzomycetów, natury roślinnéj. We krwi rozmnażają się one nadzwyczaj szybko, mają wielkie powinowactwo do tlenu, który z chciwością pochłaniają i bez którego żyć nie mogą. To też u osób chorych na czarną krostę uważamy przypady przepełnienia krwi kwasem węglowym, jak sinicę, obniżenie ciepłoty, wreszcie zamartwicę, wśród któréj zwykle chorzy kończą życie.

Czarna krosta powstaje albo przez bezpośrednie zaszczepienie jadu w skutek zranienia się znaczniejszego lub obnażenia z przyskórka; albo przez spożycie mięsa, mleka lub masła zwierząt karbunkułowych; albo też za pośrednictwem owadów lub wreszcie przez zarażenie się od człowieka. Jako ostatni sposób powstania wąglika u człowieka przytaczają jeszcze zakażenie wewnętrzne, przyczém jad wnika do ustroju z wdychaném powietrzem albo też z pokarmem.

Przyroda wąglika jest malaryczną; to też grunt odgrywa ważną rolę w enzootycznym rozwoju karbunkułu. Okolica Skawiny obfituje w znaczną ilość łąk, jeziorek i stawów, w których podczas upałów i dłużéj trwającéj pogody w lecie woda znacznie się obniża a łąki wysychają; w jesieni zaś podczas częstych deszczów stoi na nich woda, tworząc często nieprzebyte bagna. Przeważna ilość łąk, jeziorek i stawów znachodzi się od strony północnéj między Skawiną a Tyńcem. Grunt także sprzyja niezawodnie samoistnemu wywiązywaniu się malaryi; to też zimnice w naszéj okolicy są na porządku dziennym. Miasteczko Skawina nie grzeszy wcale wielkim porządkiem i czystością; obory, stajnie a nawet same domy mieszkalne przeważnie wilgotne i brudne, zwłaszcza u biedniejszéj części mieszkańców; i tu więc są warunki samodzielnego powstania zaduchu. Nie dziw zatém, że we Wrześniu r. z. pojawił się w Skawinie wąglik u bydła a padło około 15 sztuk. Zaledwie zachorowała krowa natychmiast ją zabijano; w pierwszych więc trzech sztukach trudno było stwierdzić rodzaj choroby. Dopiero u czwartéj sztuki znalazłem tak wybitne zmiany, że już nie można było wątpić o wągliku; odtąd też postępowano stósownie do przepisów policyjno-zdrowotnych. Wśród tego zapadło także kilka osób na wąglik, który pojawił się w dwojakiéj postaci: czarnéj krosty i obrzęku wąglikowego. Jeden przypadek, który zakończył się pomyślnie, podaję do wiadomości, jako przyczynek do kazuistyki wąglika u człowieka; o innych wspomnę tylko pokrótce, albowiem z przyczyn poniżéj wyłuszczonych nie były przedmiotem mego leczenia, lecz partaczy lekarskich.

I. Różycki Feliks, liczący 28 lat, rodem ze Skawiny, żonaty; 20 września r. z. dobito u niego krowę, u któréj stwierdzono wąglik, a około któréj chory był zatrudniony. W kilka dni uczuł po wewnętrznéj stronie lewego przedramienia niedaleko stawu nadgarstkowego jakby ukłócie i swędzenie, poczém zauważył cztery czerwone punkciki jak ziarnko prosa duże, lecz nie wiele na to zważał. Dnia 29go września w piątek między godziną 3 a 4 popołudniu doznał dreszczu silnego, połączonego z łamaniem po kościach i to go zniewoliło położyć się do łóżka. Po ustaniu dreszczów, które się odtąd codzień kilka razy pojawiały, doznawał bólu głowy. W niedzielę był w Krakowie i ciągle mu było zimno, w poniedziałek więc napił się wódki na ogrzanie. Czerwone punkciki powiększały się coraz bardziéj, i zamieniły się w pęcherze; nadto czując pewną niedogodę uznał za słuszne zasięgnąć rady lekarskiéj. We wtorek dnia 1 października zbadawszy chorego znalazłem następujący stan:

Mężczyzna wzrostu średniego, miernie odżywiony, blady, skarży się na osłabienie, ból głowy i w dołku podsercowym, na ciężki oddech i brak apetytu. Ciepłota prawidłowa, tętno uderza 80 razy na minutę. Narządy wewnętrzne prawidłowe, śledziona nie powiększona. Po wewnętrznéj stronie przedramienia lewego niedaleko stawu nadgarstkowego, a więc w miejscu zazwyczaj odsłoniętém, wzdłuż kości sprychowéj, znajdują się cztery pęcherze napełnione żółtą cieczą, w środku zagłębione i czarne, z których dwa środkowe są wielkości wiśni i na dwie linije od siebie oddalone. Pierwszy pęcherzyk leżący od strony stawu jest wielkości grochu, czwarty zaś, na 2 cm. oddalony od swego sąsiada, jest o trzecią część mniejszy od dwu środkowych i więcéj ku zewnątrz usadowiony. Od strony tylnéj owego pęcherza wychodzi niejako piąty, lecz silnie z nim złączony, podłużny, bez zagłębienia i czarnego punktu, również żółty, jak fasola duży. Naokoło pęcherzy znajduje się czerwony obrąbek, 1 cm. szeroki. Po stronie przedramienia, gdzie się owe krosty znajdują, jest skóra zaczerwieniona w kształcie różowéj smugi, przy macaniu któréj czuć cienkie postronki, sięgające aż do przegubu łokciowego *(Lymphangioitis)*. Chory doznaje przy dotykaniu tego miejsca miernego bólu. Gruczoły pod pachą po stronie lewéj mocno obrzękłe, nieco bolesne; bok lewy aż po dolny brzeg mięśnia piersiowego galaretowato nabrzękły.

W obec stwierdzonych przypadków wąglika u bydła, jakoteż na mocy tak charakterystycznych krost nie trudno było uznać cierpienie chorego za wąglik. Nie czekałem też ani chwili, ale natychmiast przystąpiłem do głębokiego dosyć nacięcia pęcherzy na krzyż i mocnego przyżegnięcia ran potażem żrącym, oraz odpowiedniéj oprawy. Wewnętrznie zaleciłem łyżkę olejku rącznikowego i pigułki z kwasu karbolowego i chininu. (Rp. acid. carbol. 1,0, Chinin. sulph. 2,0, Extr. Gentian. q. s. ut f. pil. 40. Consp. DS. Co 2 godziny po 5 pigułek zażywać). Prócz tego pożywna dyjeta.

2/10 Ciężkość oddechu jakoteż gniecenie w dołku podsercowym takie samo, obrzmienie boku posunęło się niżéj, zaczerwienienie naokoło krost mniejsze, zapalenie naczyń chłonnych utrzymuje się w tym samym stopniu, chory nie gorączkuje i zażywa daléj pigułki. 3/10 Chory skarży się, że mu ciągle coś siedzi w żołądku, obrzmienie boku posunęło

się po za łuk żebrowy, oddech łżejszy, chory do mięsa ma wstręt. Po oddaleniu strupów przyżegnięto rany powtórnie i zalecono dalej pigułki. 5/10 Obrzmienie boku mniejsze, chory nie uskarża się już na gniecenie w dołku podsercowym, ciężkość oddechu ustąpiła, zapalenie naczyń chłonnych znikło, gruczoły podpachowe jeszcze obrzękłe. 6/10 Obrzmienia boku prawie nie znać, krosty nie okazują ropienia pod strupami, chory czuje się dobrze. 8/10 Chory oddaje się pracy swego zawodu (szewc), strupy się trzymają. 20/10 Strupy poodpadały, w ich miejscu jasne blizny.

II. Piątkowski Józef, liczący 20 lat, szewc, był zatrudniony koło krowy, która w domu jego rodziców 23/9 z. r. w skutek wąglika dobitą została, i jadł z niej mięso mimo zakazu. Dnia 1/10 uczuł ból w karku po poprzedzających dreszczach, następnego dnia skarżył się na ból koło pępka i utrudniony oddech oraz wymioty. Dnia 3/10 około godziny 5 popołudniu wezwany znalazłem chorego wśród objawów zatrucia kwasem węglowym, stwierdziłem tylko znaczne obrzmienie galaretowate dołka podsercowego i całego brzucha; o godzinie 8 wieczór zakończył życie.

I w tym przypadku, jakkolwiek wezwany na trzy godziny przed śmiercią, nie wahałem się twierdzić, że powodem choroby i śmierci było zjedzenie mięsa z krowy wąglikowej Przypadek ten jednak należy zaliczyć do drugiej postaci wąglika, mianowicie do tak zw. obrzęku wąglikowego. Czy wczesna pomoc lekarska byłaby chorego uratowała od śmierci, trudno stanowczo twierdzić; zdaje mi się jednak, że przypadki, w których nie występują krosty na skórze, są daleko groźniejsze i prędzej przebiegają.

Prócz tego nieszczęśliwego przypadku zdarzyły się jeszcze dwa śmiertelne, te jednak nie zostawały pod moją obserwacyją. Wiem tylko tyle, że u jednego zmarłego nie pojawiły się także krosty, lecz obrzęk okolicy żołądkowej.

Przypadek pierwszy poucza, że okres wylęgania choroby trwał około 8 dni, okres drugi aż do zupełnego wyleczenia około trzech tygodni; że przyżeganie i pigułki z kwasu karbolowego i chininu okazały się skutecznemi. Reszta przypadków dowodzi, że ta druga postać jest daleko złośliwszą, przebiega prędzej i kończy się zazwyczaj śmiertelnie.

Wreszcie z przykrością wspomnieć muszę, dlaczego wiele przypadków nawet groźnych nie dostaje się pod obserwacyję lekarza. Otóż tak w samém mieście jak i okolicy lud jest tak dalece obałamucony przez niesumiennych ludzi, dbających tylko o własny zysk, że chętniej uwierzą w słowa szarlatanów lub w gusła rozmaite; partactwo lekarskie kwitnie u nas w jak najlepsze i władze nawet nie są w stanie takowego wykorzenić.

III. Oceny i sprawozdania.

D. Haussman: **Ueber das Verhalten der Samenfaden in den Geschlechtsorganen des Weibes.** Berlin. Hirschwald 1879, str. 54.

Autor znany już w kołach lekarskich z kilku prac swoich, jak *„Die Parasiten der weiblichen Geschlechtsorgane des Menschen und der Thierr"*, *„Die Parasiten des Brustdrüse"*, *„Über die Entstehung der übertragbaren Krankheiten des Wochenbetts"*, daje nam w powyższej rozprawce najpierw historyczny pogląd na różne teoryje i hipotezy o genezie człowieka, dalej opisuje doświadczenia swe nad zachowaniem się plemników w częściach płciowych kobiety. Badając śluz pochwowy kobiety w godzinę po spółkowaniu, przekonał się, że plemniki z małemi tylko wyjątkami tracą ruch wnet po dostaniu się do pochwy; więc nie zgadza się z zapatrywaniami Donnégo i Beigla, którzy twierdzą, że ciałka te poruszają się w pochwie przez dni kilka. We dwanaście godzin po spółkowaniu już nie napotkał autor ani jednego plemnika poruszającego się, a w 36 godzin zgoła plemników już nie było. W dalszych swych doświadczeniach dochodzi autor do wniosku, że kobieta, której śluz maciczny zawiera poruszające się plemniki, spółkowała nie później niż przed 7 dniami, a jeżeli i w śluzie pochwy plemniki się poruszają, spółkowanie odbyć się musiało w 12 ostatnich godz. Z przypadków opisanych przez autora przekonywamy się, że plemniki po spółkowaniu skonstatować było można: *a)* w 6 przypadkach (ujście maciczne było normalne, również prawidłowe wydzielanie śluzu macicznego) sześć razy w pierwszym tygodniu, po 8 i 14 dniach nie, *b)* w 4 przypadkach (ujście maciczne zbaczało cokolwiek na lewo, śluz maciczny normalny) cztery razy w pierwszym tygodniu, po 7½ dniach nie, *c)* w jednym przypadku (katar maciczny, ujście maciczne normalne) nie widziano już nic po 3½ dniach, *d)* w dwóch przypadkach (ujście maciczne zwężone i cokolwiek zbaczające) raz po 1½ godziny, po czterech i 48 godzinach nie; wreszcie *e)* w czterech przypadkach, w których usta maciczne bardzo były zwężone, ani po 15 ani po 36 godzinach, ani nakoniec po dwóch albo trzech tygodniach.

Jeżeli nasienie w czasie spółkowania nie przekroczy ujścia zewnętrznego macicy, w takim razie nasienie pozostałe w pochwie rzadko może się przyczynić do zapłodnienia. Autor twierdzi dalej na mocy swych doświadczeń, że zwężenie ujścia macicznego wielką jest przeszkodą w zapłodnieniu. Gdyby w takich przypadkach w następnym tygodniu po spółkowaniu nie znaleziono w śluzie macicznym poruszających się plemników, usunięcie zwężenia byłoby koniecznem. Wreszcie namienia autor, że przy leczeniu bezpłodności wystrzegać się należy używania kwasu karbolowego, tymolu, wody chlorowej, gdyż wszystkie te środki niszczą własność poruszania się plemników. *Św.*

Uwaga Redakcyi. Z naszej strony uważamy za najważniejszy, jeżeli nie jedyny, wynik pracy Haussmanna sprawdzenie okoliczności, że plemniki nierównie dłużej utrzymują się w śluzie macicznym, aniżeli w śluzie pochwowym (w ostatnim co najwięcej 36 godzin, w pierwszym zaś do 8 dni). Twierdzenie co do dłuższego utrzymania się plemników w macicy zasługuje na wiarę, albowiem już Bischoff w r. 1841 znalazł w jajowodach królika plemniki poruszające się w 8 dni po spółkowaniu. Natomiast drugie twierdzenie autora, jakoby w śluzie pochwowym po upływie 36 godzin już plemników nie było, opiera się tylko na 3 przypadkach i sam autor przyznaje, że do niego nie przywiązuje wielkiej wagi; z drugiej strony przypomnieć należy, że E. Hofmann u dwóch prostytutek, które po spółkowaniu zamordowane zostały, znalazł przy sekcyi liczne plemniki w śluzie pochwowym, pomimo obfitego śluzoropotoku pochwy i macicy. W każdym razie atoli wskazówka Haussmanna może mieć pewne znaczenie sądowolekarskie. W dochodzeniach zgwałcenia dotychczas poszukiwania plemników były zawsze prawie daremnemi, raz z powodu, że szukano ich wyłącznie w śluzie pochwowym, a powtóre, ponieważ badanie zgwałconej zazwyczaj dość późno się odbywa. Jeżeli zaś szukać ich będziemy odtąd w śluzie macicznym (za pomo-

cą sondy wydobywać się dającym), to nawet w tydzień po spełnionym czynie byłoby możebném stwierdzenie plemników w częściach rodnych. *L. B.*

Proff. Loebisch i Rokitansky (w Insbruku): **Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung** (*Wiener Klinik, 1 u. 2 Heft 1879)*. Sprawozdanie Dra M. Kramarzyńskiego w Brzesku.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12.)

V. Kwas salicylowy. W stanie rodzimym znajduje się w kwiatach kilku gatunków tawuły (*spiraea*). Sztucznie otrzymują go, za radą Kolbego, ogrzewając do + 180° C. suchy fenolek sodu w prądzie g. kwasu węglowego, przyczém oddziela się połowa fenolu przez przepędzenie, a pozostały zasadowy salicylan sodowy, uwolniony działaniem kw. solnego od zasady, a potém poddany krystalizacyi i oczyszczeniu daje czysty kw. salicylowy. Ostatni znajduje się w handlu w kryształkach, mających postać 4ściennego ostrosłupa, bezbarwnych, łatwo rozpuszczalnych w wyskoku, eterze i wodzie gorącéj, trudniéj w glicerynie (1:50) a najtrudniéj w zimnéj wodzie (1:1800). Kw. salicylowy topi się w ciepłocie + 150° C. W celach leczniczych tylko skrystalizowanego, czystego używać należy.

Aby się przekonać o czystości kw. salicylowego, rozpuszczamy 0.50 tego przetworu w 10 krotnéj ilości mocnego wyskoku i pozostawiamy roczyn pod wpływem powietrza atmosferycznego na szkiełku zegarkowém. Po niejakim czasie, w miarę ulatniania się wyskoku, wytwarzają się naokoło brzegów ubywającéj cieczy piękne, białe kryształki, jeśli kw. salicylowy jest czysty i był skrystalizowany; w przeciwnym zaś razie żółte, lub wcale brunatne, co świadczy o zanieczyszczeniu przetworu w mowie będącego.

Salicylan sodowy przedstawia się jako proszek biały rozpuszczalny w wodzie, a wystawiony na działanie powietrza atmosf. brunatnieje. Skutki fizyjologiczne salicylanu sodowego są te same, co i kw. salicylowego; pierwszy atoli jest pod tym względem 3 razy słabszym od ostatniego.

Nie wiadomo dotychczas, w jakiéj połączce krąży kw. salicylowy we krwi. Po zażyciu najrychléj daje się wykazać w moczu, który po dodaniu doń roczynu $1\frac{1}{2}$ chlorku żelaza barwi się ciemno-fijołkowo. Kwas salicylowy jest środkiem silniéj odrażającym, niż fenol. Podawany gorączkującym obniża cieplotę i zwalnia ruchy serca. O ile wywiera wpływ na oddychanie, nie wiemy dokładnie. Wpływ zaś jego na układ nerwowy jest prawie ten sam, jak wpływ chininu a nawet uboczne przypady są takie same, a mianowicie: szum w uszach, przytępienie słuchu, uczucie ogólnéj niedogody, upośledzenie widzenia itp. Na wydzielanie moczu zdaje się kw. salicylowy nie wywierać wpływu, aczkolwiek niekiedy pojawia się białkomocz.

Zastósowanie lecznicze. Kw. salicylowy jest środkiem przeciwgorączkowym, obniża bowiem ciepłotę i zwalnia ruchy serca. Aby obniżyć wieczorne nasilenie ciepłoty, podajemy go chorym w pełnéj dawce rano lub w południe. W celu zaś wywołania znacznego obniżenia ciepłoty radzi Buss podać w południe 5.00—6.00 salicylanu sodowego, takąż dawkę powtórzyć wieczór, poprzedziwszy ostatnią 2.00—2.50 chininu. Obszerne zastosowanie znalazł kw. salicylowy w leczeniu zapalenia gośćcowego wielosustawowego. Liczne doświadczenia (prócz innych patrz Przegl. Lek. 1878, Nr. 5 i 6 Serkowskiego. Leczenie czynne gośćca sustawowego w porównaniu z leczeniem dawniejszém biernem. *Przyp. Sprawozd.)* przekonywają, że kw. salicylowy jest jedynym i najdzielniejszym środkiem w tém cierpieniu, byle go w dostatecznéj dawce podano. Najrzadziéj, przy leczeniu tym środkiem namienionego cierpienia, występują powikłania chorobami serca. Skutek jest rychły po zadaniu leku. W przebiegu duru nie przynosi kw. salicylowy większéj pomocy, aniżeli chinin, a trzeba pierwszego 2 razy tyle podać, aby ten sam skutek osiągnąć, co po chininie. Zalecają go téż w dnie węzłowatéj, w zgorzeli płuc, do wziewania, jak w ogóle wszędzie, gdzie tylko wskazanym jest lek przeciwgorączkowy lub odrażający, a zatém do opatrywania ran, do gojenia wrzodów połogowych, do zatykadeł pochwowych, używają go też jako posypki na wrzody poporodowe i na te części ciała, po których odchody spływają, co ma zapobiegać powstaniu ropnicy i posocznicy a zarazem powstrzymywać rozkład odchodów i w danym razie bezwonnemi je czynić. Także w błonicy w formie płukania, w czerwonce w formie lawatywy zalecanym bywa kw. salicylowy. Nudności, wymioty, szum w uszach, przytępienie słuchu (w jednym przypadku w skutek używania dziennie 12.00 kw. salicylowego w słodkomoczu powstała znaczna utrata pamięci itd.) są przypadami przemijającemi.

Kw. salicylowy podajemy od 0.10—0.30—0.50 kilka razy dziennie do 4.00 na dzień w pigułkach, lub roczynie (biorąc do roczynu równe części boranu sodowego). W wielkich dawkach jako środek przeciwgorączkowy podajemy go nawet 2.00 w dawce, a 6.00 na 24 godzin. Zewnętrznie do opatrywania ran używamy roczynu 3—6%; do lawatywy 5.00 na raz; w celu posypywania bierzemy 1.00 kw. sal. na 2.00 węglanu magnowego. Używanym wreszcie bywa kwas salicylowy do przyrządzania maści i czopków. (Dok. n.)

Prof. G. Lewin (w Berlinie): **O chorobie Prokowiewa.**

Powróciwszy z wycieczki do Petersburga, gdzie dnia 4 marca rb. badał Prokowiewa, którego choroba zaniepokoiła była zrazu całą Europę, L. na posiedzeniu lekarzy zakładu Charité w d. 13 bm. zdał sprawę ze swych spostrzeżeń jak następuje: Prokowiew, lat 50 liczyć mający, jest miernie zbudowany i odżywiony i ma cerę zdrową. Gruczoły karkowe, podszczękowe i łokciowe są prawidłowe, pachowe zaś z obu stron miernie obrzmiałe, jak się to nierzadko zdarza u osób względnie zdrowych. (Po powrocie swoim L. demonstrował na swoim oddziale w Charité 50 chorych, z których większa połowa ma obrzmiałe gruczoły pachowe). Gruczoły te nie są bolesne. Natomiast gruczoły pachwinowe mocniéj są obrzmiałe; głębsze mają objętość bobu, a nawet i większą, są miernéj twardości, a niektóre z nich połączone są ze sobą za pomocą obrzmiałego i twardawego postronka limfatycznego; gruczoły powierzchowne dochodzą do 4 cm. długości i szerokości, są miękkie a powierzchnia ich jest guzowatą; żaden z nich nie oddziaływał na ucisk. W pachwinie lewéj obrzmienie jest większe, aniżeli w prawéj, i zrośnięte ze skórą, na któréj widać bliznę małą, linearną, jaka zwykle pozostaje po nacięciu dymienicy. Na żołędzi członka znajduje się blizna wielkości główki od szpilki i dwa jeszcze mniejsze ślady blizn, jakie zwykle pozostają po wrzodach miękkich i w rzeczy saméj chory podaje, że na dwa zawody (przed 3 i 10 laty) miał takie wrzody; objawów kiły ogólnéj nie ma. W bliskości sutka prawego znajduje się na skó-

rze znamię naczyniakowe, a na skórze w ogóle plamy polegające na braku lub nadmiarze barwika, tu i owdzie guzki trądzikowe, petoci atoli i blizn powierzchownych, pozostających po niesztowicach, wykryć nie zdołano. Na nosie i wargach pryszczyki liszajowe. Badanie za pomocą rhino- i laryngoskopu nie wykazuje żadnego zboczenia; badanie fizyczne również nie wykrywa zboczeń w organach piersiowych i brzusznych; ciepłota, tętno i mocz prawidłowe. Zachowanie się, wyraz twarzy, energija ruchów, nie dają podstawy do przypuszczenia, jakoby badany przebył chorobę ciężką. Ztąd wniosek usprawiedliwiony, że Prokowiew, w chwili badania przynajmniéj, był względnie zdrowym i że nie można było uważać go za wyzdrowieńca po przebytéj chorobie ciężkiéj, zaraźliwéj. Obrzmienie gruczołów pachwinowych odnosi się do zapalenia tychże przed laty przebytego, a doświadczenie uczy, że u klasy uboższéj, która z powodu natężenia mięśniów naraża się na ciągłe mechaniczne drażnienie naczyń limfatycznych, drażnienie to przechodzi i na gruczoły, które często przez całe życie pozostają przerosłemi.

Przebieg zaś choroby był następujący: Prokowiew śród objawów gorączkowych zapadł na obrzmienie gruczołów pachowych i pachwinowych, z których jeden gruczoł w lewéj pachwinie szybko przeszedł w ropienie; uskuteczniono punkcyję, w skutek czego wylała się zaledwie mała łyżka ropy, poczém zaraz nastąpiło zagojenie zupełne z pozostawieniem nieznacznéj blizny. Równocześnie tętno z 120 spadło na 80, ciepłota (z 39·3°) i oddychanie (z 24) stały się prawidłowemi. W dniu przyjęcia Prokowiewa do szpitala miano widzieć petocie i trzy pęcherzyki, którym jednak L. nie przypisuje znaczenia, zwłaszcza gdy obok owych petoci nie było większych wynaczynionek. Dlatego pomimo powagi Botkina nie waha się L. uznać choroby Prokowiewa za proste zapalenie gruczołów pachwinowych, w skutek dawnéj infekcyi obrzmiałych, będące następstwem zaziębienia i natężenia, czyli jako prosty *bubo rheumaticus*.

L. badał w Petersburgu jeszcze trzech innych chorych podejrzanych; u jednego znalazł obrzmienie gruczołów kiłowe, u drugiego prosty przerost gruczołów, jaki się u robotników zdarza, u trzeciego gościec. Dlatego oświadcza się za tém, że nie zachodzi obawa, aby dżuma z Petersburga zawleczoną została do Niemiec, a rozpoznanie Botkina uważa za wynik loimofobii, albowiem „i wielcy mężowie pozostają czasem pod wpływem przyrzutu epidemiczno-psychicznego“. (*Berliner klin. Wochenschr.* 1879. Nr. 12.) *L. B.*

P. Kraske: O zmianach w mięśniach prążkowych po zadziałaniu znacznego zimna.

Na klinikę prof. Volkmanna przyniesiono chorego z mumifikacyją obydwu stóp i dolnych trzecich części podudzia, powstałą po zadziałaniu silnego mrozu. Wykonano obustronną amputacyję w górnéj trzeciéj podudzia powyżéj linii demarkacyjnéj, w częściach więc na oko wydających się zdrowemi. Pomimo tego znaleziono przy wycinaniu płatów mięśnie jeszcze na 4—5 cali powyżéj linii demarkacyjnéj bardzo znacznie zmienione, nie przeświecające lecz ćme, bezbarwne i szarawe, w niektórych miejscach w żółte wpadające, bardzo kruche. Badanie drobnowidowe wykazało rozległą nekrobiozę istoty kurczliwéj, gdy równocześnie inne wiązki pierwocinowe okazywały wybitną czynność żywotną. Podobne stosunki postrzegał K. także w mięśniach tych odnóg, które podlegały dłuższemu działaniu opaski elastycznéj *(constrictio)*. Na téj zasadzie wyjaśnia K. powstawanie przykurczeń na członkach, które ujęte były przez dłuższy czas w oprawy za silnie ściągające, a które już Volkmann nie do nerwów lecz do mięśni odnosił. W końcu daje K. wyraz domysłowi, czy tak zwane gośćcowe przykurczenia *(rheumatische Contracturen)* nie polegają właśnie na takich lub tym podobnych zmianach. *(Centralblatt f. Chirurg. Orig. Mitthg.* 1879. Nr. 12). *A. O.*

Dr. Letzerich: O użyciu bendźwinianu sodowego w błonicy.

Na podstawie doświadczeń dokonanych przez Grahama w pracowni prof. Klebsa w Pradze, podaje Letzerich w błonicy bendźwinian sodowy z dobrym skutkiem, nie używając obok tego żadnego innego lekowania.

Z 27miu w ten sposób leczonych przypadków błonicy, (przeważnie u dzieci), z których 8 do bardzo ciężkich policzyć należy, przyszedł L. do przekonania, że żaden lek inny nie działa tak skutecznie na przebieg sprawy błonicowéj, jak właśnie będźwinian sodowy. Dzieciom do roku podaje się lek przyrzeczony według przepisu: Rp. Natri benzoici 5.00, Aquae destill. Aq. Ment. piper. āā 40.00, Syr. cort. aur. 10.00 S. Co godz. $^1/_2$ łyżki stołowéj.

Dla dzieci od roku do lat 3 dawka wynosi 7—8 grm. pro die; dla dzieci starszych 8—15 grm., dla osób zaś dorosłych 15—25 grm. pro die w powyższym roztworze. Oprócz tego zaleca L. miejscowe użycie bendźwinianu sodowego w formie wdmuchiwań lub tuszowań i to kilkakrotnie dziennie. Osobom dorosłym i dzieciom starszym zaleca się płukanie roztworem 5%. Przy takiém leczeniu w krótkim czasie, bo już nieraz w przeciągu 24—36 godz., gorączka opada a następnie dość szybko ustępują masy wypocinowe. Przypadków szkodliwych dla organizmu, wypływających z podawania tego leku L., nie uważał. Nie chcemy mnożyć i tak sporego szeregu specyfików, jaki przy leczeniu błonicy wzmógł się do poważnéj cyfry w przeciągu lat ostatnich, o ile jednak przytoczone przypadki dowodzą, powinien będźwinian sodowy zachęcić do dalszych doświadczeń. *(Berlin. klin. Wochenschrift* 1879, Nr. 7). *Dr. R.*

Lewis i Skillern: Wzmocnienie działania chininu przez połączenie go z morfinem

W zimnicach L. zauważał, że chorzy biorący chinin w połączeniu z morfinem prędzéj się leczyli, niż ci, którzy nie brali makowca, i że dawka 0,50 chininu i 0,02 morfinu przerywała prędzéj napad zimniczy, aniżeli jeden gram samego chininu. L. podaje także 431 przypadków zimnicy, z których 317 było leczonych chininem w połączeniu z morfinem, a średnia ilość powrotów wynosiła $1^{12}/_{317}$; tymczasem u 114tu biorących sam chinin średni stosunek powrotów był $3^{11}/_{114}$. Skillern podaje nawet jeden przypadek, w którym napad zimnicy przerwano zadawaniem samego morfinu.

Z 4ch przytoczonych spostrzeżeń Sk. wywodzi następujące wnioski:

1) Łącząc chinin z morfinem w celu leczenia malaryi lub zimnicy otrzymuje się pewniejsze skutki, a napady same łatwiéj można przerwać.

2) Dawka chininu, gdy go łączymy z morfinem, może być o połowę mniejszą, a mimo to skutek działania bywa wyraźniejszym.

3) Leczenie takie zimnicy łagodzi przytém objawy bolesności często łączące się z zimnicą, a nie spostrzega się tych skutków działania chininu (bólu głowy, szumu w uszach) jakie zmuszają nas do przerwy w podawaniu chininu. Przy tém morfin w téj małéj dawce ułatwia znoszenie przez żołądek chininu.

4) Można nakoniec podawać chinin lub cynchonin w dawkach dość wielkich i częstych bez sprowadzenia chininizmu, jeżeli takowe są w połączeniu z morfinem. *(Bull. Gen. de Thér. 1 Livr. 1879.)* *Dr. M. Ż.*

Planat: Przepukliny uwięzgnięte, leczone ze skutkiem za pomocą ergotynu.

U mężczyzny lat 50ciu, mającego przepuklinę uwięzgniętą od 24ch godzin, zalecił P. ergotyn zewnętrznie i wewnętrznie, będąc zdecydowany jednak na operacyję, jeżeliby jego usiłowania po 8miu—10ciu godzinach nie były uwieńczone dobrym skutkiem. Wcierania maści ergotynowéj w guz zwilżony przedtém letnią wodą alkaliczną robiono co dwie godziny; potém podawano co godzina mięszankę z 5 gramów ergotynu na 125 gramów wody z żółtkiem. Po 4ch do 5ciu godzinach tego leczenia wymioty ustały a w 12cie godzin przepuklina dobrowolnie ustąpiła.

Młody człowiek lat 28 liczący utrzymywał przepuklinę za pomocą opaski już od lat kilku. Z powodu jakiejś nieostrożności przepuklina mimo to uwięzgniętą została. Próbowano odprowadzić ją, lecz bez skutku, postawiono 15 pijawek około guza przepuklinowego, przypady jednak groźne wzmagały się. Zanim więc chory zdecydował się na operacyję, P. zalecił w téj saméj formie jak i poprzednio ergotyn. Po 11tu godzinach, gdy już przystąpiono do herniotomii, przepuklina weszła sama w jamę brzuszną.

Autor sądzi, że wstrzykiwanie podskórne ergotynu w worek przepuklinowy działałoby jeszcze skuteczniéj. *(Gaz. des Hôp. Nr. 148. 1878.)* *Dr. M. Ż.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie V. z dnia 5go marca 1879 roku

Przewodniczący kol. Ściborowski. Obecnych członków czynnych 17 i jeden gość.

1) Przewodniczący składa do biblijoteki nadesłaną przez kol. prof. Korczyńskiego rozprawę Dra Stanisława Smoleńskiego p. t. O działaniu chlorku pilokarpinu.

2) Przewodniczący zawiadamia, że z powodu jubileuszu 50-letniego zawodu lekarskiego Dra Michała Mohra złożył mu w dniu 25 z. m wraz z sekretarzem stałym kol. Pareńskim życzenia w imieniu Tow. lekarskiego.

3) Przedstawiono na członków czynnych Towarzystwa Drów Leona Kossaka i Stanisława Smoleńskiego.

4) Kol. Goebel przedstawia chorego, który przez nieostrożność postrzelił się z fuzyi w ten sposób, że kula przeszła poniżéj szczęki dolnéj, przebiła język, podniebienie twarde i wyszła w nasadzie kości nosowych pomiędzy brwiami. Chory ten był leczony w klinice chirurgicznéj prof. Bryka, który dokonał operacyi plastycznéj w celu pokrycia otworu w górnéj części nosa ze skutkiem pomyślnym. Pozostał jednak otwór w podniebieniu twardém, który nietylko utrudnia choremu połykanie ale i mowę jego robi zupełnie niezrozumiałą. W celu usunięcia tych niedogodności kol. Goebel zrobił choremu odpowiednie zatykadło *(obturator)* kauczukowe, które w zupełności celowi odpowiada. Po wyjęciu obturatora, chorego czytającego wcale zrozumieć nie można, jeżeli zaś obturator jest założony głos jest zupełnie prawidłowym.

5) Kol. prof. Blumenstok przedstawia w imieniu komisyi sądowo-lekarskiéj regulamin dla tejże, który na wniosek kol. Grabowskiego przyjęto jednomyślnie w całości, jak następuje:

Uznając ważność pielęgnowania medycyny sądowéj w obec faktu, że wielka część kolegów tak w miastach głównych, jakotéż i na prowincyi zajmuje się praktyką sądowolekarską, Towarzystwo lekarskie krakowskie na wniosek członka swego prof. Blumenstoka uchwaliło na posiedzeniu z dnia 5go lutego 1879 r. zawiązanie stałéj komisyi sądowolekarskiéj.

§. 1. Zadaniem Komisyi téj będzie:

a) strzeżenie godności i interesów zawodu sądowolekarskiego;

b) wzajemne pouczanie się członków w specyjalnych gałęziach sądowolekarskich, oraz zaznajamianie się z postępami nauki;

c) roztrząsanie ważniejszych przypadków sądowolekarskich z praktyki, z tém zastrzeżeniem, że jeżeli przypadek nieogłoszony drukiem pochodzi z praktyki obcéj, nazwisko autora tylko za jego zezwoleniem wymienioném będzie;

d) roztrząsanie kwestyj wątpliwych do praktyki sądowolekarskiéj odnoszących się;

e) udzielanie zdań i rad kolegom na ich żądanie.

§. 2. W skład komisyi wchodzą:

a) członkowie czynni Towarzystwa lek. krak, którzy objawią życzenie należenia do niéj, uczęszczania na jéj posiedzenia i brania udziału w jéj pracach;

b) członkowie korespondenci Towarzystwa lek. krak., którzy objawią życzenie znoszenia się z komisyją, celem udzielania jéj swych uwag i spostrzeżeń;

c) chemicy i prawnicy, których zawód pozostaje w styczności z medycyną sądową.

Wybór tych ostatnich komisyja przedstawia Towarzystwu lek. krak. do zatwierdzenia.

§. 3. Wszyscy członkowie obecni na posiedzeniu mają równe prawo głosu, wyboru i wybieralności. Jednakowoż przewodniczącym i sekretarzem komisyi mogą być tylko członkowie czynni Towarzystwa lekarskiego krak.

§. 4. Komisyję przedstawia na zewnątrz i w obec Towarzystwa lek. krak. przewodniczący jéj i sekretarz, wybierani co rok wedle statutu Tow. lek. krak.

§. 5. Komisyja zdaje Towarzystwu lekar. krak. co rok sprawę ze swych czynności. Ma ona jednak prawo samodzielnego załatwiania spraw w zakres jéj wchodzących i znoszenia się bezpośredniego z Władzami i członkami.

§ 6. Organem komisyi jest Przegląd Lekarski, w którym zamieszczać będzie swoje protokóły.

§. 7. Towarzystwo lek. krak. ponosi drobne koszta kancelaryjne komisyi, inne zaś wydatki wymagać będą uchwały Towarzystwa.

6) Tenże przedstawia Tow. do zatwierdzenia wybór proff. Dra Bojarskiego, Olszewskiego i Stopczańskiego na członków komisyi sądowolekarskiéj. Wybór ten jednogłośnie zatwierdzono.

7) Kol. Pieniążek opowiedział o operacyi dokonanéj w Wiedniu przez prof Billrotha, przy któréj był obecnym. Przypadek ten dotyczył kobiety 42-letniéj, która z powodu raka połyku *(carcinoma oesophagi)* w górnéj części tegoż znajdującego się, przez dwa miesiące była w kuracyi kol. Pieniążka, poczém udała się do Wiednia w celu poddania się operacyi. Prof. Billroth sądząc, że rak ogranicza się do tylnéj ściany krtani, postanowił wykonać u niéj całkowite, lub częściowe wycięcie krtani, przekonawszy się jednak, że cała dostępna część połyku *(oesophagus)* zajętą jest nowotworem, który nadto od krtani, nie da się odłuszczyć, wyciął ją wraz z krtanią równie jak i gruczołem tarczykowym, na którego płaty boczne naciek rakowy także przechodził. Z całéj krtani pozostawiono tylko część nagłośni przy korzeniu języka. Operacyja odbyła się w 10 dni po wykonanéj przedtém tracheotomii, poniżéj gruczołu tarczykowego przy użyciu kaniuli tamponowéj Trendelenburga; trwała ona całą godzinę. U téjże choréj przed dwoma miesiącami wyjął był kol. Pieniążek uszypułkowaną wyrośl z krtani, która przy badaniu mikroskopijnem okazała się mięsakiem drobnokomórkowym *(sarcoma parvicellulare).*

W dyskusyi zabierał głos kol. Obaliński, który dawniéj badał tę chorą i stwierdził raka połyku; podnosi on, że na samém badaniu mikroskopowém części nowotworu wyciętéj polegać nie można, ale i inne przypady powinny poprzeć rozpoznanie; podobnie rzecz się miała w przypadku Schröttera, gdzie wyjęty nowotwór krtani badany przez specyjalistów uznany był za włókniaka; gdy po śmierci choréj, która skutkiem ropienia pod powięzią głęboką szyi śród objawów ropnicy nastąpiła, sekcyja wykazała raka na więzadle.

8) Kol. Obaliński okazuje kleszcze Velpeau, kleszcze kostne do resekcyj, oraz nożyczki do rozcinania przetoki rzyci (*fistula ani*) wyrobione w tutejszéj fabryce p. Grubla. Wszystkie te narzędzia odznaczają się należytém odrobieniem i wykończeniem.

9) Kol. Zarewicz odczytał pierwszą część rozprawy pt. „O wyróżnianiu wrzodów wenerycznych ze stanowiska klinicznego," (będzie umieszczoną w Przeglądzie Lekarskim).

W dyskusyi kol. Buszek wyraża wdzięczność prelegentowi za dokładne opisanie ekskoryjacyj sztucznie wywołanych na częściach płciowych i odróżnienia ich od zmian chorobowych. Rzecz ta jest dla lekarzy miejskich bar zo ważną, z doświadczenia mu bowiem wiadomo, że aresztanci często, aby się dostać do szpitala, wywołują drażnieniem mechanicznem lub za pomocą wapna ekskoryjacyje na częściach płciowych i w ten sposób starają się lekarzy w błąd wprowadzić. Kol. prof. Blumenstok podnosi szczególną ważność dla lekarza sądowego przypadku opisanego przez Fourniera a przytoczonego przez prelegenta. Gdyby lekarz sądowy u dziewczyny skarżącéj o zgwałcenie znalazł ten stan, jaki opisał Fournier, orzeczenie by brzmiało, że do pochwy wprowadzone było ciało tępe, prawdopodobnie członek męzki; a ze zmian znalezionych na częściach płciowych wnosić by należało, że mężczyzna, który skarżącą miał zgwałcić, dotknięty jest kiłą. Tymczasem badając mężczyznę oskarżonego, gdyby lekarz nie znalazł śladów kiły, mógłby niesłusznie posądzić skarżącą o fałszywe doniesienie. Położenie lekarza sądowego w takim razie jest bardzo trudne, zwłaszcza gdy sędzia wymaga orzeczenia natychmiastowego. Kol. Zaręba zapytuje prelegenta, jak pogodzić przypadek Fourniera ze zdaniem wypowiedzianém w saméj rozprawie, że jeżeli w 11tym dniu po utworzeniu ekskoryjacyi istnieje jeszcze obrzmienie gruczołów, z pewnością mamy do czynienia z kiłą. Kol. Zarewicz odpowiada kol. prof. Blumenstokowi, że w przypadku Fourniera obrzmienie gruczołów towarzyszące zmianom w częściach płciowych w bardzo krótkim czasie ustąpiło, obrzmienia zaś gruczołów natury kiłowéj nie tylko nie ustępują po zagojeniu się wrzodu, ale pozostają jeszcze bardzo długo. W wyjątkowych przypadkach jednak lekarz nie może dać orzeczenia, w razie podejrzenia kiły należy czekać na inne objawy, które zazwyczaj w ciągu 3 miesięcy muszą wystąpić. Co do uwagi kol. Zaręby namienia prelegent, że jeżeli się spotkamy z gruczołami chrząstkowo-twardemi, nie bolesnemi, przesuwalnemi, to te są stanowczo syfilityczne, gruczoły obrzmiewające z innych powodów bywają także twarde, ale w konsystencyi jest różnica. Aby stanowczo rozstrzygnąć, lekarz musi mieć odpowiednią wprawę nabytą doświadczeniem. W przypadkach wątpliwych lekarz powinien się wstrzymać z rozpoznaniem, gruczoły obrzmiałe skutkiem zadraźnienia nikną, w miarę jak zmiany, które im dały powód ustępują, przeciwnie rzecz się ma z gruczołami obrzmiałemi w skutek kiły. Kol. prof. Blumenstok podnosi raz jeszcze, że zadanie lekarza sądowego jest trudniejsze, gdyż się nie ma skarżącéj pod obserwacyją; tém trudniejsze obecnie, gdy w skutek nowego rozporządzenia, które podejrzywa lekarzy o wybiegi, jeżeli nie wydają orzeczenia od razu, musi się spieszyć z orzeczeniem.

Na tém posiedzenie zamknięto. *Dr. Skórkowski.*

V. List o stosunkach higijenicznych ludu wiejskiego.

Higijena w kraju naszym, wyjąwszy miasta główne, jest całkiem nieznaną, nikt nie stara się takowéj w życie wprowadzić, a jeżeli przypadkiem znajdzie się ktoś z dobremi chęciami, to nie mając poparcia ani ze strony gminy ani u władz wyższych, które sprawy higijeniczne do gmin jako do ich własnego zakresu działań należące zwracają, (na co gminy po największéj części nieodpowiadają), nie chcąc wywołać licznych nieporozumień jest zmuszony poprzestać na dawném. I tak: każdy łatwo przekonać się może, jakie stosy nawozu z gnojówkami i ściekami leżą tuż pod domami a nawet pod oknami mieszkań, a kupki kału ludzkiego naokoło domu i budynków gospodarczych; że bydło mieszka razem z właścicielem w jednéj izbie, a w skutek tego nieczystość, brud, wilgoć i rożne wyziewy powszechnemi są w pomieszkaniach. Jeżeli jaką wioskę przepływa potoczek, to takowa może się za szczęśliwą uważać, gdyż ma przynajmniéj świeżą wodę, lecz jest bardzo wiele gmin, gdzie daje się dotkliwie czuć brak wody, a jeżeli jest jaka, to jest zazwyczaj niedobra, błotnista, stojąca lub stawowa, a są gminy, których mieszkańcy przy każdym domu kopią doły i w nich deszczówkę zbierają. Taka woda bywa nie tylko do wszelkich potrzeb ludzkich, ale i do pojenia bydła używaną, a zdarza się często, że w lecie ani ludzie, ani bydło oprócz nieco cuchnącego mułu kropli wody nie mają.

Dodawszy do tego złe pożywienie i najczęściéj zepsute pokarmy nie można się dziwić, że epidemije i zarazy na bydło tak często się pojawiają. Ponieważ zaś pomimo zakazu lekarza znajomi chorego w gminie odwiedzają, a za księdzem nawet całe gromady do mieszkania chorego wchodzą, w razie zaś śmierci, choćby nawet na chorobę zakaźną, pogrzeby z całą paradą, przy licznym udziale publiczności, z niesieniem ciała i ucztą pogrzebową odbyć się muszą, nic dziwnego, że choroby zakaźne po całéj gminie bywają rozwlekane.

Przypatrzmy się daléj cmentarzom. Pomimo rozporządzenia, jeszcze z czasów cesarza Józefa II. pochodzącego (z dnia 30 sierpnia 1784), istnieją cmentarze w bardzo wielu gminach obok kościoła, i bez względu na chorobę wszyscy zmarli bywają na nich chowani. Cmentarze te nieodpowiadają wcale dzisiejszym wymaganiom, są za małe, leżą najczęściéj w złéj glebie a w lecie nawet woda w grobach stoi, do tego bywają co kilka lat przekopywane, a wyziewami temi oddycha lud, zwłaszcza gdy nie mogąc się pomieścić w małym kościołku, przez kilka godzin podczas nabożeństwa na cmentarzu pozostaje. Obok takich cmentarzy często w dawnéj organistówce mieści się i szkoła celowi swemu wcale nieodpowiadająca, a dzieci w skutek przepełnienia zmuszone są oddychać nie tylko powietrzem zgęszczoném, ale także wdychać wyziewy cmentarne.

Dekretami nadwor. z dnia 19 lutego 1797, 13 kwietnia 1808 i 1845 r. nakazano, ażeby przy każdym cmentarzu była trupiarnia, mimo to po wsiach po większéj części wcale ich niema, bo mała budka, w któréj trumna nawet nieraz się nie zmieści, nie może być za trupiarnię uważana, zresztą gmina trupiarni nie potrzebuje, bo każdy zmarły prosto z domu bywa do grobu odnoszony, a jeżeli znajdzie się jaki biedny, to ciało jego składają pod dzwonnicą *).

W takich to stosunkach higijenicznych żyje nasz lud, a do zmiany tychże nikt go nie zmusza, sam zaś o tém wcale nie pomyśli, bo zmiany pociągnęłyby za sobą wydatki, których lud się obawia. Jeżeli się pojawi w gminie jaka epidemija, to naczelnik gminy nie donosi o tém zaraz do starostwa, lecz ściąga o ile można, a czyni to częścią z nieświadomości, przeważnie zaś z obawy przed kosztami i dopiero gdy umrze ktoś z majętniejszych lub z jego krewnych,

*) Za przykład tu podanych urządzeń mogą służyć wsie pobliskie Wiliamowice, Dankowice, Jawiszowice i Stara wieś.

robi o tém doniesienie, na biednych bowiem w gminie wcale nie zważają.

Gdyby ktoś z biednych chciał udać się do szpitala, to prędzéj umrze, zanim dostanie świadectwo ubóstwa, gdyż tu znowu idzie o zapłatę, a o rozporządzeniu, że za ubogich gminy nie płacą, nic nie wiedzą, naczelnik gminy sam zwykle czytać nie umie a nikomu innemu nie wierzy.

Rozporządzenia rządowe wydawane dla gmin, tyczące się jakiéj epidemii, są niejasne, lud wiejski takowych nie rozumie i wcale się do nich nie stósuje, służą one li tylko dla lekarzy. I tak np. wydano rozporządzenie w celu zapobieżenia szerzeniu się błonicy, aby, gdy takowa się pojawi, wójt téj miejscowości natychmiast uwiadomił starostwo, które itd. Wójt otrzymawszy takie rozporządzenie nie wie co to jest błonica, nie wie o tém i pisarz doradca, ani nikt w gminie, bo nie podano, jakie są objawy błonicy; a tak przeczytawszy takie rozporządzenie, chowa je między papiery i toż samo czyni z każdém innem w podobnéj sprawie. Wypadałoby, ażeby na wstępie takiego rozporządzenia podane były ważniejsze objawy choroby, po których w razie pojawienia się takową można rozpoznać, wtedy zwróciłby każdy swoją uwagę na objawy, i prędzéjby można pomyślny rezultat osiągnąć.

Twierdzenie moje udowadniam następującym przypadkiem: W gminie Pisarzowicach r. z. umarło w ciągu 3 dni dwoje dzieci pewnemu gospodarzowi, z trzeciem przybył o $^3/_4$ mili do mnie po radę lekarską; skonstatowałem błonicę i doniósłem o tém starostwu. Na drugi dzień odwiedził mnie znowu ten sam gospodarz i powiedział, że i u sąsiada dziecko na toż samo zachorowało, więc nie tylko błonica była w Pisarzowicach, ale łatwo mogła być zawleczoną do gminy sąsiedniéj. C. k. starostwo podanie moje przesyła gminie dla wyjaśnienia, czy rzeczywiście w gminie pojawiła się błonica i wiele jest chorych. Naczelnik gminy jako najkompetentniejszy do ocenienia choroby odpowiada, że kilkoro dzieci umarło na gardło, ale choroby takiéj jak błonica wcale niema ani téż chorych. W kilka dni późniéj umarła na błonicę u samego naczelnika gminy dziewczyna do szkoły uczęszczająca i została z paradą pochowana, a dzieci szkolne towarzyszyły pogrzebowi. Czy późniéj wydarzył się jeszcze jaki przypadek, podać nie mogę, gdyż chorych więcéj nie widziałem, słyszałem tylko, że w téj parafii przeszło 30 dzieci na gardło pomarło, a twierdzono, że je glisty podusiły, bo cała choroba niedługo trwała. Jak się zdaje we wszystkich tych przypadkach przyczyną śmierci była nie inna choroba tylko błonica, lecz nikt na nią uwagi nie zwracał, bo u ludu ból gardła nie jest taką słabością, żeby lekarza na nią się radzić. Lud radzi się lekarza tylko w przypadkach dłużéj trwających, gdy żaden owczarz ani aptekarz, do których się najpierwéj po lekarstwa udają, nie pomogą.

Wcale dziwić się nie można, jeżeli statystyka ogromną śmiertelność w wieku dziecięcym w kraju naszym wykazuje, bo oprócz licznych chorób w tym wieku przekonałem się, że wieśniak na małe dzieci wcale nie uważa, a gdy które zachoruje, to takowego wcale nie leczy. Wyjątek stanowi czasami pierwsze dziecko u rodziców i to jeżeli matka kilka bezsennych nocy spędziła, lub téż dzieci starsze 9—10 lat mające, tych żal mu już stracić, albowiem potrzebuje ich do paszenia bydła i innych czynności domowych, a w razie śmierci musiałby pastucha przyjąć.

Będąc delegowanym do leczenia chorób nagminnych zrobiłem spostrzeżenie, że biedni przez długi czas się wcale nie zgłaszają, przyczyna jest ta, iż nie chcą być gminie ciężarem, sądzą bowiem że za nich gmina płacić musi; następnie że wielu nawet z majętniejszych pomimo zaordynowania i pouczenia ich, jak z chorym postępować mają, są tak obojętni, że ani lekarstwa nie kupią ani chorego nie obsłużą a nawet wody mu nie podadzą. Wreszcie znajdą się i tacy, którzyby wszystko chętnie zrobili, lekarstwo wzięli itd., w téj chwili jednak nie posiadają pieniędzy, a pożyczyć nie mają gdzie; naczelnik gminy wskazuje ich jako zamożniejszych, twierdząc że sobie poradzą, a lekarz nie mogąc im na koszt skarbu lekarstwa zapisać, zostawia receptę, a często można usłyszeć, iż przedtém lepiéj bywało, bo gdy rząd przysłał lekarza, to ten i leki dawał bezpłatnie.

Sądzę, żeby daleko lepiéj było, ażeby rozporządzenie wys. c. k. Namiestnictwa z dnia 11 listopada 1874 L. 53465, mocą którego „li tylko dla ubogich leki na koszt państwa i kraju zapisywane być mają, majętniejsi zaś sami takowe mają kupować, a tylko w razach nie cierpiących zwłoki można i dla nich na koszta skarbu zapisywać, lecz z zastrzeżeniem iż obowiązani są z liczoną kwotę zwrócić“ zmienione zostało w ten sposób, ażeby dla wszystkich chorych bez różnicy stanu leki na rachunek skarbu były zapisywane, i to na dwóch kartach ordynacyjnych, na jednéj dla biednych, na drugiéj dla majętniejszych i ażeby obiedwie te karty odpowiednio przepisom powyższym potwierdzone były. A pomimo to że majętniejsi byliby obowiązani zaliczoną kwotę zwrócić, mieliby nie tylko ten zysk, iżby każdy z nich lekarstwo otrzymał, ale także przyszłoby im to taniéj, bo oprócz pojedynczéj wspólnéj i tańszéj ekspedycyi, nie licząc flaszek itd., mieliby jeszcze pewien % opuszczony, którego aptekarz na pojedynczéj recepcie nie opuści. Skreśliwszy stosunki higijeniczne swéj okolicy sądzę, że w każdéj wydarza się coś podobnego i sprzecznego z rozporządzeniami, należałoby więc ażeby, gdy rząd celem powstrzymania dżumy różne środki zaradcze na granicy państwa zaprowadza, już teraz ktoś ze strony władz był delegowany, aby stosunki higijeniczne gmin należycie zbadał i sprzeczności wszelkie natychmiast usunął, choćby nawet przez to ustawa gminna naruszoną być miała. Sądzę, że jeżeli te złe stosunki przymusowo usunięte nie zostaną, gminy same nic nie uczynią i wszystko po dawnemu pozostanie, a w razie pojawienia się dżumy, znajdzie takowa bujny grunt, a lekarz wydelegowany nie zdoła tych wszystkich zboczeń usunąć, gdyż mając do czynienia z licznemi chorymi w kilku gminach, natrafi jeszcze na niechęć, opieszałość i zobojętnienie ludu, które prawie każdéj większéj epidemii towarzyszą.

Willamowice (w powiecie bialskim) 18 lutego 1879.

Stanisław Körner.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Zaraza astrachańska** Podczas gdy wszystkie wiadomości zgadzają się na to, że dżuma przynajmniéj na teraz ustała, podczas gdy rządy wyczekują tylko pisemnych sprawozdań ze strony delegatów swych lekarskich, aby usunąć środki przedsięwzięte pod wrażeniem postępu zarazy, zdarzają się jeszcze odosobnione przypadki choroby w gubernii astrachańskiéj. Albowiem podczas gdy ustanie zarazy urzędowe liczą od d. 9 lutego, w którym to dniu w Selitrennoji umarł ostatni chory, a świeżych chorych już więcéj nie było, zdarzył się nagle przypadek śmierci z dżumy d. 6 bm. w Nikolskoji, a w d. 23 bm. donosi Dr. Kiemann z Ziemianowskoji, że zaszedł nowy przypadek dżumy w Wietlance, a więc tam, gdzie choroba się rozpoczęła była, i że z tego powodu do Wietlanki wraca. Gdyby wiadomość ta się sprawdziła, to jest gdyby przypadek, o którym donosi

Kiemann, okazał się rzeczywistym przypadkiem dżumy, byłby to fakt wielce uwagi godny, o ileby świadczył, że pierwotne gniazdo dżumy w Europie pomimo wymarcia wielkiéj części ludności, pomimo zbadania pozostałych przy życiu przez komisyję lekarską, uskutecznienia desinfekcyi, palenia domostw itd. przecież jeszcze istnieje. Bądź jak bądź atoli przypadki takie odosobnione, (a być może, że ich będzie i więcéj), nie zdołają już zatrwożyć Europy i owszem przemawiają za tém, że dżuma, jakkolwiek nie wygasła w zupełności, jak do niedawna przypuszczano, to przecież, jak słusznie orzeka Pelikan, straciła moc szerzenia się pandemicznego, i że, jakkolwiek skokami przenosi się na miejsca, gdzie znajduje korzystne dla siebie warunki, jednak przywiązując się do tych miejsc staje się tamże endemiczną, ztamtąd nagabuje okolice sąsiednie, ale dalekich wycieczek już nie robi. Takiemi stacyjami w ostatnich latach były: Bagdad, Reszt i Wietlanka. Pomimo że dżuma przed wybuchem wojny rosyjsko-tureckiéj panowała w Mezopotamii, pomimo że podczas wojny panowała w Persyi, ani krwawe walki w Armenii, ani przeniesienie korpusu bagdadzkiego wojsk tureckich na teatr wojenny, nie zdołały wywabić zarazy z gniazd swoich, a jeżeli niektórzy obecnie przypuszczają, że ona dostała się do Wietlanki z Karsu, to zapominają, że ani podczas wojny ani po zdobyciu Karsu przez Rosyjan nigdy nie słyszano o panowaniu tam dżumy. Dopiero w pół roku po zakończeniu wojny dżuma pojawiła się w Wietlance, a pomimo, że przez kilka miesięcy nie przedsięwzięto żadnych środków przezorności, nie zapuściła się daleko; tém mniejsza więc obecnie zachodzi obawa, gdy zaprowadzono kordony i kwarantany, którym w owych okolicach i w obszarze małym nikt nie odmówi wartości.

Według telegramu z Wietlanki z d. 16 bm. Drowie Biesiadecki, Kabiadis, Rozsahegyi i Petrescu wyjechali tegoż dnia do Astrachanu, ale opuszczając okrąg zadżumiony w Semianach będą musieli poddać się poprzednio kwarantanie.

O czynności protomedyka Biesiadeckiego znajdujemy nader chlubne świadectwo w *Gołosie*, tém chlubniejsze, że znajduje się w dzienniku rosyjskim. Dziennik ten pisze co następuje: „Oględziny lekarskie caléj ludności wietlańskiéj skończyły się wczoraj (14 bm.) popołudniu. Z obcych delegatów jeden tylko austryjacki, Dr. Biesiadecki przez cały czas brał udział w oględzinach, i szczegółowo śledził ich przebieg. Berliński profesor Hirsch bywał wprawdzie codzień przy oględzinach, ale tylko po parę godzin, reszta zaś członków międzynarodowéj komisyi lekarskiéj czasami się jedynie pokazywała i nie codzień. Ponieważ od szczegółowych oględzin zależała kwestyja zniesienia kordonu, więc ze względu na ludność oględziny odbywały się bez przerwy, codzień po 10 godzin od 10téj rano do 8méj wieczorem. Ludność stawiała się chętnie i zrewizowano ją całą z wyjątkiem lekarzy." Świadectwo to jest wymownem.

Gazeta Lwowska ogłasza następujący telegram Dra Biesiadeckiego: Zamjan 22 marca. W piątek zdarzył się nowy przypadek dżumy w Wietlance. Przebieg nie jest gwałtowny i chory prawdopodobnie wyzdrowieje. Dr. Kiemann wraca dziś do Wietlanki. Gdyby zdarzyło się więcéj przypadków dżumy, udam się tam także. W przeciwnym razie po odbyciu dziesięciodniowéj kwarantany, która mi się kończy we środę, wyjeżdżam do Astrachanu. Jestem zdrów.

* **Z Kamieńca Podolskiego**. Z listu prywatnego, łaskawie nam udzielonego przez jednego ze szan. kolegów naszych, wyjmujemy ustęp, tyczący się stosunków sanitarnych tego miasta:

„Nie pamiętam tak pomyślnego stanu zdrowia, jaki jest teraz, na przekór zagranicy, która gwałtownie chce się doszukać jakiejś epidemii w granicach państwa rosyjskiego; dyfteryja osłabła, prawie jéj niema, dziecięcych zwykłych w tym czasie wysypek ani śladu, tyfusu jeszcze w tym roku nie widziałem. Niemniéj przeto roboty jest dużo z powodu zawiązanéj w mieście Rady zdrowotnéj, która ukonstytuowała się pierwotnie z 15 lekarzy osiadłych w Kamieńcu, a powołały ją do życia władze gubernijalne; z grona swego obrała prezesem Dra Przyborowskiego, sekretarzem zaś Dra Rollego, a potém zespoliła się z 15 radnymi, delegowanymi przez miasto, i obraduje w magistracie co niedzielę w południe. Znajdujemy się jednak w dziwnem położeniu: mamy gubernatora światłego, energicznego i ożywionego najlepszemi chęciami; on to wyniósł sklepiki drewniane z rynku głównego na plac za miastem, on pozakładał bulwary, rynek obsadził drzewami, pod naciskiem jego rozporządzeń miasto wywiozło ze 30,000 fur gnojów od lat może 15 nagromadzonych. Poparci więc dobrą wolą takiego administratora chcielibyśmy coś zrobić, ale bez pieniędzy nic zrobić nie można. Duma wprawdzie zawotowała 5000 rs. na cele sanitarne, ale snać powiedziała sobie: poczekajcie, moi panowie lekarze, staną one wam kością w gardle! Więc ciągłe sekatury, do czego ich nawet prawo upoważnia, w samorządzie bowiem miejskim dawniejsze *liberum veto* kwitnie w całym blasku; jeden człowiek może w terminie 6-dniowym „obżałować' postanowienie Dumy" i po raz drugi trzeba je wówczas rozpatrywać. Dotąd zastanawialiśmy się nad kwestyją wychodków i kanałów krytych, w następną niedzielę będzie rzecz o jamach i beczkach na pomyje (które chcemy skasować) i o rynsztokach otwartych, którym chcemy nadać prawa obywatelstwa. Wygląda to trochę dziko w obec tegoczesnych wymagań higijeny, ale nie należy zapominać, że miasto nasze znajduje się w warunkach wyjątkowych i położone jest na skale stożkowatéj, kanalizacyi mieć nie można dla natury gruntu, i dlatego że niema wody."

Statystyka epidemij. Ospa utrzymuje się w Londynie w jednakowém nasileniu. Zmarło osób 17, chorych ospowatych leczy się w szpitalach 333, świeżo zapadło 61. Mniéj umarło we Wiedniu 5, w Budapeszcie 10, w Barcelonie 9, w Paryżu 3 w Petersburgu 40, w Warszawie 4. Przypadki śmierci z duru osutkowego wydarzyły się we Wiedniu, w Budapeszcie, Londynie i Petersburgu (13 przyp.)

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 11 (od 9 do 15 marca) umarło w Krakowie osób 31; męż. 10 i kob. 21; w obwodach 9 osób. w szpitalach 22; roczna śmiertelność na 1000 wynosiła 28,6; we Lwowie 32,0; w Warszawie 22,9; w Wiedniu 33,4; w Budapeszcie 37,1; w Pradze 37,8; w Brukseli 23,9; w Paryżu 28,6; w Londynie 28,7; w Chrystyjanii 20,7; w Bukareszcie 26,4; w Petersburgu 44,5; w Berlinie 24,2; w Wrocławiu 34,3; w Monachijum 32,1; w Dreźnie 26,5; w Lipsku 19,6. W tymże czasie umarły w Krakowie 3 osoby z chorób zakaźnych: 1 z duru brzusznego, 1 z róży, 1 z ropnicy. Doniesiono (od 16—22 marca) o następujących przypadkach chorób zakaźnych: 1 odry (u św. Łazarza), 3 duru powrotnego (z Prądnika czerwonego), 3 duru brzusznego (z N. Sącza, z ulicy Wąskiéj l. 303, z ulicy Dol. Młynów l. 29), 2 duru osutkowego (z biał. Prądnika, z Woli Duchackiéj); 1 dławca (z ulicy Widok l. 100); 1 z róży (u św. Łazarza). *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 26 marca. Z 6go sprawozdania komitetu Tow. opieki szpit. dla dzieci w Krakowie, które nas właśnie doszło, dowiadujemy się, że z końcem r. 1878 Towarzystwo liczyło 14 fundatorów, 2 członków stałych i 81 czasowych, że z powodu zwiększonych wydatków komitet wystosował prośbę do Wydziału krajowego o podwyższenie opłaty od dzieci chorych, przesyłanych ze szpitala św. Łazarza do szpitala św. Ludwika (z 50 na 55 ct. dziennie), że w r. 1878 leczono dzieci 1930 (stale 619, ambulatoryjnie 1293, szczepiono 18), z 619 leczonych w szpitalu umarło 115, wyszło uleczonych 410, z polepszeniem 45, pozostało 49; dni leczenia było 21437, a więc jeden chory pozostawał w szpitalu średnio $34\frac{1}{2}$ dni.

* Na posiedzeniu Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętn., odbytém w dn. 20 bm. docent Dr. H. Kadyi wyłożył treść swéj rozprawy; „O dodatkowych gruczołach tarczykowatych w okolicy gnykowéj", objaśniając rzecz na preparatach anatomicznych. W dyskusyi nad tym przedmiotem brali udział oprócz autora proff. Madurowicz i Teichmann, prezes Majer i Dr. Sciborowski.

* **Warszawa**. Na mocy konkursu otrzymał Dr. Witold Placzkowski, prosektor kliniki uniw., posadę ordynatora oddziału chirurg. kobiet w szpitalu Dzieciątka Jezus.

* **Niemcy**. Prof. Fasbender w Berlinie w półroczu letniém ogłosił *publicum* o położnictwie porównawczém. Prof. Nussbaum w Monachijum w miesiącu zeszłym uskutecznił 20tną owaryjotomiję; przy téj sposobności uczniowie i przyja-

ciele wręczyli mu srebrny wieniec wawrzynowy. Miejsce zmarłego niedawno prof. oftalmologii w Würzburgu Dra Welza ma objąć prof. Michels z Erlangi, dokąd ma przenieść się prof. Sattler z Giessen. W Hali habilitował się Dr. Marchand jako docent pryw. na wydz. lekarskim. Dr. Riegler, dyrektor szpitala w Kolonii, ma być mianowany prof. kliniki lek. w Giessen. Prof. Hüter w Rostoku ściągnął na siebie gniew uczniów z powodu, że oświadczył się za tém, iż uczniowie szkól realnych lepiéj się kwalifikują na uczniów medycyny, aniżeli gimnazyjaliści. Dopiero interwencyja ministerstwa i senatu akademickiego zażegnała burzę.

* **Paryż.** Wydział lekarski przedstawił Dra Brouardela na prof. medycyny sądowéj po Tardieuu, zaś Dra Laboulbèna na prof. historyi medycyny. Członkiem komitetu higijenicznego w miejsce Tardieua obrany został jednomyślnie Dr. Proust.

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny Dr. Karol Weil mianowany został prof. nadzw. chirurgii w Pradze czeskiéj. — Docent pryw. i adjunkt Dr. baron Sommaruga mianowany nadzw. prof. chemii w Uniw. wiedeńskim. — Prof. Lenhossek, rektor uniw. peszteńskiego, otrzymał krzyż kawalerski orderu korony włoskiéj.

* **Nekrologija.** D. 17 bm. umarł w Warszawie Dr. Franciszek Orłowski, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus w 44 roku życia swego. Zmarły był członkiem korespondentem naszego Tow. lekarskiego.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 12: Pietkiewicza: Postrzeżenia praktyczne w oddziale durzycowym w Taganrogu; prof. Dogiela: Poszukiwania farmakologiczne nad działaniem niektórych jednoatomowych nasyconych alkoholi (c. d.); w *Medycynie* Nr. 12: Wł. Orłowskiego: Pęknięcie cewki moczowéj (c. d.); prof. Dogiela: Drogi, jakiemi dostaje się do ustroju ludzkiego zaraza morowa i środki ją niszczące lub ochraniające od niéj.

Redakcyja otrzymała:

Dr. H. SCHOELER (docent w Berlinie): Jahresbericht üder d. Wirksamkeit d. früber Ewers'schen Augenklinik zu Berlin in J. 1878. Berlin 1879, H. Peters, in 8vo, str. 71.

(Sprawozdania Dra S. odznaczają się umiejętném opracowaniem i roztrząsaniem kwestyj naukowych na podstawie własnego doświadczenia.)

Szóste sprawozdanie Komitetu Tow. Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie, w r. 1878. Kraków 1879, in 8vo, str. 33.

Piśmiennictwo lekarskie. KIRN L. Die periodischen Psychosen. gr. 8. Stuttgart. Enke. M. 2.40

KLEBS E. Über Cellularpathologie u. Infectionskrankeiten. Vortrag. gr. 8. Prag Dominicus. M. 60.

LABOULBÈNE A. Nouveaux éléments d'anatomie pathologique, descriptive et histologique. Avec. 298 figures, Grand in-8. Paris. Baillière et fils. Cart. Fr. 20.

PICARD H. Traité des maladies de la vessie et de l'affection calculeuse. Avec figures. In-8. Paris. Baillière et fils. Fr. 8.

UNTERSUCHUNGEN aus d physiolog. Institute d. Universitat Heidelberg, hrsg. v. W. Kühne. 2 Bd. 1 u. 2 Heft. M. 5 Taf. u. Holzschn. gr. 8. Heidelberg. C. Winter. M. 13.

WEISL. Die antiseptische Behandlnng während d. Wochenbettes als Mittel zur Verhütung u. gegen die Verschleppung des Kindbettfiebers. gr. 8. Prag. Grégr. et Dattel. M. 0.80.

BERICHT. Ärztl. d. k. k. allgem. Krankenhauses zu Wien v. J. 1877. M. 1 Tab. u. 2 Taf. gr. 8. Wien. Braumüller M. 5.

— Der k. k. Krankenanstalt Rudolph-Stiftung in Wien v. J. 1877. M. 1 Tab. u. 5 Taf. gr. 8 Ebd. M. 4.

CHEVALLIER A. et Er. BAUDRIMONT. Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales. 5 éd. Av. 260 fig. 8 Paris. Asselin. Fr. 24.

DUNCKER H. C. J. Anleitung zur mikroskopischen Fleichschau u. zur Untersuchung der gewöhnlicheren Genussmittel, Gewebe etc. Mit 1 Taf. gr. 8. Berlin. Klönne et Muller. M. 1

EPSTEIN Al. Beitrag zur Kenntniss d. systolischen Schädelgeräusches der Kinder. gr. 8. Prag. Dominicus. M. 60.

HUBERT E. Cours d'accouchements, professé à l'université catholique de Louvain. 2 vol. gr. in-8 (Louvain). Paris. Baillière et fils. Fr. 18

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE J. Étude historique et clinique sur la trépanation du crâne. in-8 avec 14 Fig. Paris. V. A. Delahaye. Fr. $3\frac{1}{2}$.

MAYRHOFER C. Sterilität, Entwicklungsfehler u. Entzündungen d. Uterus. (Billroth. Handbuch d. Frauenkrankheiten II. 1) gr. 8. Stuttgart. Enke M. 2.40.

NEUBER Gust. Untersuchungen u. Erfahrungen üb. die künstliche Blutleere. Abhandlung. M. 4 Taf. gr. 4. Kiel. Schwers. M. 1.

RECLUS P. Des ophthalmies sympathiques. 8. Paris et Co. Fr. 4.

SÉE G. Du Diagnostic et du traitement des maladies du coeur et en particulier de leurs formes anormales. Leçons recueillies par le Dr. F. Labadie-Lagrave. In-8. Paris. V. Ad. Delahaye. Fr. 9.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we **Środę** d. 2 Kwietnia posiedzenie zwyczajne, na którém 1) Kol. Prof. Korczyński poda spostrzeżenia kazuistyczne z Kliniki krakowskiéj. 2) Kol. Zarewicz odczyta trzecią część swéj rozprawy: O znakach rozeznawczych wrzodów kiłowych. 3) Kol. Prof. Blumenstok poda kilka uwag lekarsko-sądowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 5 kwietnia 1879. **№ 14.** Rok XVIII.

I. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurgicznego we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

b) Kazuistyka rozcięcia tchawicy w chorobach gruźliczych krtani i uwagi odpowiednie.

W numerze 12 i 13 Przegl. Lek. z roku 1877 skreślił wielce szanowny kolega Dr. Sérkowski, naówczas lekarz ordynujący w szpitalu pow. w Brzeżanach, cenną rozprawkę pt. „rozcięcie tchawicy w zboczeniach gruźliczych krtani“. Oparty na dwóch przypadkach przez siebie wspólnie z kol. Raspem operowanych i w dalszym przebiegu spostrzeganych wyraża szan. autor zdanie, że w zboczeniach gruźliczych krtani należy wykonywać rozcięcie tchawicy wcześniéj, aniżeli się to zazwyczaj uskutecznia, a mianowicie już w takim okresie, w którym w przypadkach inną chorobą wywołanych zazwyczaj jeszcze się nie przystępuje do tego rękoczynu. Szanowny autor zaleca takie postępowanie nie tylko jako środek paliatywny dla zapobieżenia zaduszeniu, lecz — i to jest właśnie główną myślą jego rozprawki — jako środek leczniczy, którym można według jego zdania pomyślnie wpłynąć na sprawę chorobową w płucach, umożliwiając wykrztuszanie ropiastéj plwociny, która zalegając w tchawicy u osób zwężeniem krtani na tle gruźliczém dotkniętych, wywołuje tém szybszy rozwój sprawy chorobowéj w płucach. Z literatury przytacza autor tylko ogólnikowe zdanie Niemeyera, który w rozdziale pod napisem „*oedema glottidis*“ wyraża się o tracheotomii, jakoby ona w przypadkach obrzęku głośni w skutek gruźlicy krtani zdołała przedłużyć życie o kilka miesięcy, następnie autor przytacza takie dwa szczegółowe przypadki z mojéj rozprawki „Przyczynki do kazuistyki rozcięcia tchawicy“ (Przegl. Lek. 1875. Nr. 21 — 25). Szan. autor słusznie utyskuje na brak w literaturze dostatecznéj kazuistyki w tym dziale chorób. Celem uzupełnienia odnośnych dat przejrzałem roczniki Schmidta i Canstatta, gdzie nie znalazłem szczegółów odpowiednich, w dziele zaś Virchowa *Handbuch der Speciell. Path. u. Therapie* w tomie V części I. (Friedreichs *Krankheiten des Larynx*) napotkałem tylko tę ogólnikową wzmiankę, że w chorobach przewlecznych krtani, bądź samoistnych bądź natury gruźliczéj, w razie niebezpiecznéj zadyszki posiadamy w tracheotomii jedyny środek ocalenia chorego od zaduszenia lub ku przedłużeniu mu życia; następnie przejrzałem także specyjalne laryngologiczne dzieła i rozprawy i napotkałem wprawdzie większe, aniżeli podaje kol. Sérkowski, wzmianki o tym przedmiocie, atoli nikt nie zwraca na ten temat tak szczegółowéj uwagi, a tém mniéj w tym duchu, jak to czyni autor namienionéj rozprawki; należy mu się przeto tém większa wdzięczność i uznanie. Tobold (*Laryngoskopie u. Kehlkopfkrankheiten* Berlin 1874) uważa tracheotomiję w rozdziale *Perichondritis tuberculosa* (str. 340) jako *ultimum refugium*, które może mieć doniosłość środka wyłącznie paliatywnego, atoli brakuje w jego dziele kazuistyki, z któréjby można powziąść przekonanie o wartości tego rękoczynu w odnośnych chorobach. Znajdujemy tam tylko jeden przypadek w rozdziale *Laryngitis tuberculosa* (str. 280, przypadek 43). Schier lat 32, wydalony ze służby wojskowéj z powodu choroby płucowéj; rodzina jego zdrowa; odżywienie wcale dobre, stan bezgorączkowy; skóra blada; od 2 lat chrypka, mierny kaszel, od 8 dni zadyszka; prawe płuco daje wypuk przytłumiony aż do 4 żebra; w krtani wrzody i wyrostki brodawkowate, znaczne zwężenie szpary oddechowéj; uskuteczniono rozcięcie tchawicy; stan chorego w pierwszych dwóch dniach znośny, poczém uczucie ciężkości w płucach, kaszel i krwawe plwociny, utrata apetytu; od 6 dnia polepszenie; w 3cim tygodniu dostał chory napadu krwotoku silnego z płuc, w którym zakończył życie.

Z wielką ciekawością przewracałem kartki dziełka Schröttera, obiecując sobie bogatą zdobycz w téj kwestyi, atoli niestety i tu doznałem rozczarowania. W pierwszym swoim roczniku (*Jahresbericht der Klinik für Laryngoskopie 1870)* przytacza on 101 przypadków chorób gruźliczych krtani; z tych tylko w 10 przypadkach (str. 59) była znaczniej-

sza zadyszka, a tylko w jednym musiano zastosować rozcięcie tchawicy: J. K., chłopiec 10-letni, ma od 6 miesięcy chrypkę i zadyszkę; odżywienie ciała nędzne, budowa wątła, klatka piersiowa wąska, płaska, długa, wypuk pod prawym obojczykiem z przodu, z tyłu zaś po lewéj stronie przytłumiony; wdech nieoznaczony, wydech słyszalny; w krtani obrzęk poniżéj strun głosowych zwężający szparę oddechową do szerokości 1 linii; rozcięcie tchawicy; w 13 dniu po operacyi zapalenie lewéj opłucnéj z wypociną przybywającą przez 10 dni i zapełniającą w końcu całą tylną stronę lewéj klatki piersiowéj, mimo to stan chorego względnie dobry; chorego wypuszczono w 4ym tygodniu po tracheotomii na żądanie rodziców. W tém samém miejscu wyraża Schrötter swoje zdanie o wartości tracheotomii w zwężeniach głośni na tle gruźliczém, które przytaczam dosłownie jako ważne ze względu na niniejszy temat: „Co się tyczy laryngotomii, wykonywam ją obecnie we wszystkich warunkach, nawet w przypadkach najbardziéj rozwiniętéj choroby, albowiem przekonałem się, że chociaż się nie jest w stanie, co jest rzeczą naturalną, tym środkiem wyleczyć chorego, atoli może się mu przedłużyć życie na przeciąg czasu, o jakim się nawet nie myślało, lub może się mu sprawić ulgę w ostatnich dniach życia". Szkoda tylko, że brak w tym i w następnych rocznikach podstawy kazuistycznéj, któraby to twierdzenie poparła. W wykazie z lat 1871 — 1873 *(Laryngol. Mittheil. 1871 — 1873. Wien 1875.)* przytacza Schrötter (na str. 72) 594 przypadków chorób krtani na tle gruźliczém, a w tak wielkiej liczbie zaszła tylko w 4 przypadkach potrzeba wykonania rozcięcia tchawicy. Co do tych ostatnich odsyła autor czytelnika do str. 126, gdzie jest umieszczony przegląd wszystkich przypadków wykonanych tracheotomij. Lecz i tu dowiaduje się czytelnik tylko tyle, że na 26 przypadków tracheotomii 4 zostały wykonane w gruźlicy z powodu zapalenia ochrzęstny, o wyniku zaś tego rękoczynu autor niestety zamilcza całkowicie. Tylko na str. 128, gdy jest mowa o powikłaniach przy wykonaniu operacyi, wspomina o jednym z tych 4 przypadków tracheotomii, że oględziny pośmiertne wykazały itd., co dowodzi przynajmniéj, że wynik w tym przypadku był niepomyślny; atoli dla braku szczegółów i ten przypadek ze względu na niniejszy temat nie jest dla nas pouczającym. Oprócz tych 4 przypadków zachodziła potrzeba tracheotomii jeszcze w jednym, w którym atoli zastąpiono ją wprowadzeniem do krtani rurki kauczukowéj, a przy téj sposobności wyraża się autor, że ten ostatni środek nie tylko nie jest przeciwwskazany w gruźlicy, lecz może się stać środkiem bardzo pożytecznym, gdyż przy jego pomocy można tracheotomiję ominąć a choremu życie przedłużyć.

Uwzględniając z jednéj strony tak ogromną liczbę chorych ze zboczeniami gruźliczemi w krtani, którą właśnie przytoczyłem, a z drugiéj tak niskie cyfry dokonanych tracheotomij, należy przyznać słuszność twierdzeniu kolegi Sérkowskiego, że zwężenia głośni gruźlicze należą do przypadków rzadkich. Sądzę przeto, że będzie rzeczą pożądaną, ażebym ogłosił w téj mierze moją kazuistykę, nagromadzoną w ciągu jedynastoletniéj praktyki chirurgicznéj, przyczém zachowam na sam koniec wnioski, wynikające z mego doświadczenia.

O pierwszych dwóch moich przypadkach wspomina kol. Sérkowski w swojéj rozprawce całkiem pobieżnie; mimo to atoli, że opisałem je w Przegl. Lekarskim z r. 1875 streszczę je w tém miejscu w krótkości, raz w interesie całości przedmiotu, a powtóre ponieważ sądzę, że i dla tych kolegów, którzy je znają z owego opisu, pożądaną będzie rzeczą dowiedzieć się o losie obecnym choréj, którą naówczas przez tracheotomiję utrzymano przy życiu.

Przypadek I. Cecylija Piotrowska, 22 lat licząca, była leczoną na oddziale chorób wewnętrz. w tutejszym szpitalu w maju 1874 na nieżyt oskrzelowy, a w lipcu tegoż samego roku na oddziale chorób kiłowych z powodu wybitnych śladów kiły *(Lues universalis, Perichondritis laryngis)*. W krtani skonstatowano wrzody i obrzęk ogólny bardzo znaczny, nadto podejrzywano gruźlicę płuc. W dniu 28 paźdz. wykonałem tracheotomiję z powodu bardzo znacznéj zadyszki. Bieg pooperacyjny pomyślny; odżywienie polepszyło się a nawet chora zaczęła tyć; w kilka tygodni po operacyi wystąpiły objawy zapalenia dolnego płatu prawego płuca; z tego powodu przeniesiono chorą na oddział chorób wewn. a po wyleczeniu na oddział chirurgiczny. Tu stwierdziłem naówczas znaczne polepszenie stanu chorobowego w krtani, jakkolwiek nie było mowy o stałém wyjęciu rurki. Z powodu ponownych przypadów zapalnego stanu płuc przeniosłem chorą na oddział chorób wewnętrznych. Wynik badania fizycznego płuc przedsiębrany kilkakrotnie na naszym oddziale był co do gruźlicy ujemny; nieżyt oskrzelowy w całych płucach był wyraźny; nie mniéj i z zapisków innych oddziałów, gdzie chora była leczoną, trudno więcéj skonstatować, jak że chora była leczoną na nieżyt oskrzelowy i zapalenie płuc, a co do gruźlicy wyrażono tylko podejrzenie. Chora żyje dotychczas, a zatém po upływie $4\frac{1}{2}$ lat po tracheotomii, przychodzi często do szpitala, chcąc się pozbyć rurki i przedstawia dobry stan odżywienia i płuc. Ocenę tego przypadku podam w epikryzie.

Przypadek II. Wojciech Racyna, liczący 24 lat, przybył na oddział chir. w dniu 13 marca 1875 z przypadami zwężenia głośni. Badanie wziernikowe wykazało obraz zapalenia ochrzęstny tarczykowéj; obrzęk więzadeł rzekomych bardzo znaczny. Wypuk płuc w szczytach przytłumiony, wdech nieoznaczony, wydech słyszalny, oskrzelowy; rzężenia mierne a pokryte świstem oddechowym, z góry pochodzącym. Ciepłota podnosiła się wieczorem. W dniu 20/5 tracheotomija; rana nie oczyściła się, ziarnina nie wystąpiła, w końcu znaczny rozpad rany i odpływ posoki cuchnącéj z rurki; w dniu 5/6, to jest w 16ym po operacyi, śmierć śród objawów ostro-zapalnego nacieku płuc. Wynik oględzin pośmiertnych: *„Ulcera tuberculosa laryngis subs. perichondritide thyreoidea et arytenoidea; cicatrisatio ligamentorum subseq. laryngostenosi. Ulcera tuberculosa tracheae et gangraena recens telae mucosae tracheae et bronchorum, Infiltratio tuberc. et phthisis pulmonum. Steatosis acuta intestinorum. Marasmus"*.

Przypadek III. Ignacy Melcer przeniesiony na mój oddział z oddziału chorób wewn. w dniu 15/11 1875, 38 lat liczący. W krtani znaczny obrzęk, wrzody, a na ich brzegach wyrostki brodawkowate; w płucach u szczytów rzężenia; wydech przeciągły, słyszalny; wypuk słabo stłumiony; stan niegorączkowy; odżywienie mierne. Rozpoznanie: *„Ulcera et verisimiliter perichondritis tuberculosa"*. W dniu 18 listopada laryngotracheotomia. Przebieg po operacyi niepomyślny: rana nie oczyściła się, granulacyja nie wystąpiła, w dniu 27 listopada, to jest w 9ym po operacyi, śmierć śród objawów suchot płucnych. Oględziny pośmiertne: *Ulcera tuberculosa glottidis subseq. exulceratione totali cartilag. arytenoideae; perichondritis thyreoidea et cricoidea subs. necrosi cartilaginum, oedema lig. ary-epiglotticorum; bronchitis chronica subs. bronchiectasia sacciformi, peribronchitis caseosa subseq.*

tuberculosi disseminata pulm. et phthisi, emphysema pulmonum etc.

Przypadek IV. opiszę szczegółowiéj, albowiem w zapiskach i dzienniku oddziałowym figuruje choroba jako gruźlica płuc i krtani, jakkolwiek zebrałem późniéj dowody, które podają w wątpliwość naturę gruźliczą choroby, o czém w epikryzie namienię.

Franciszek Kaliński, 37 lat liczący, czeladnik krawiecki, żonaty, przybył na mój oddział w dniu 4 stycznia 1877 r. z tak znaczną zadyszką i sinicą, że nie tracąc wiele czasu na szczegółowém rozpoznaniu, lecz zbadawszy tylko pobieżnie krtań za pomocą wziernika, wykonałem natychmiast (o 9éj godzinie wieczór) tracheotomię. Stan jego był taki: chory gorączkuje, oblany obfitym potem na całém ciele, odżywienie dość liche; sinica w najwyższym stopniu; w krtani obrzęk wodnisty więzadeł nakrywko-nalewkowych w wysokim stopniu, toż samo obrzęk bardzo znaczny i zaczerwienienie powłoki chrząstek Wrisberga i więzadeł rzekomych, o ile takowe dało się spostrzedz. W płucach obfite rzężenia drobno- i grubo-bańkowe, a mianowicie u szczytów, szmery oddechowe pokryte rzężeniami i świstem pochodzącym z krtani; wypuk u szczytów dość pełny. Według podania żony chory już przed 8 laty miał przebyć zapalenie płuc, któremu lekarze ordynujący przypisywali istotę gruźliczą; od kilku miesięcy skutkiem zaziębienia się cierpi chory na chrypkę, a od 4 dni na zadyszkę, coraz bardziéj wzmagającą się, a to skutkiem wypicia piwa zimnego przy ciele spoconém po robocie. Rana operacyjna zaczęła się raźno oczyszczać, a w 5 dniu po operacyi wypuszczono chorego na żądanie żony z rurką, jako względnie uleczonego. W płucach dało się stwierdzić polepszenie o tyle, że rzężenia prawie całkiem ustąpiły; wynik zaś badania co do gruźlicy płuc był ujemny, jakkolwiek trudno się było pozbyć podejrzenia ze względu na nędzny stan odżywienia, nieżyt w szczytach płuc i przewlekłą chorobę krtani. Moje rozpoznanie opiewało: *Oedema acutum glottidis verisimiliter antecedente perichondritide laryngea.* Obecnie chory zdrów, wygląda dość dobrze, pracuje w zawodzie krawieckim, niema zgoła przypadów gruźlicy płuc i nosi dotychczas rurkę tchawiczą.

Przypadek V. Braunstein, 50 lat liczący, ze Stanisławowa, przybył do Lwowa w lecie 1877 z przypadami zwężenia głośni datującemi się od kilku tygodni. Z kolegą prof. Rektorzykiem odbyliśmy naradę lekarską. Kiłę można było wykluczyć; wypuk u szczytów płuc za mało pełny, skąpe rzężenia po obu stronach, wydech z tyłu wyraźnie oskrzelowy; w krtani obrzęk ścian bocznych poniżéj strun głosowych niewątpliwie skutkiem nacieku podśluzowego lub przewlekłego zapalenia ochrzęstny: stan odżywienia nędzny; osłabienie ogólne znaczne; atoli chory nie gorączkuje, oddech głośny, świszczący, sinicy nie ma wcale; zwężenie głośni sprawia choremu osobliwie we śnie wielką przykrość, albowiem zaraz się budzi, skoro śluz w krtani zaschnie; kaszel bardzo mierny; plwociny gęste, śluzowe. Pozostając naówczas jeszcze pod świeżém wrażeniem rozprawki kol. Serkowskiego, zaproponowałem niezwłoczne wykonanie tracheotomii, jakkolwiek stopień zadyszki pozwalał wstrzymać się jeszcze z tym środkiem. Operacyę uskuteczniłem bez przeszkody, atoli bieg gojenia po operacyi był bardzo niepomyślny. W pierwszym tygodniu poczęła się rana oczyszczać, jakkolwiek zwolna, atoli wnet wystąpił stan gorączkowy, ziarnkowania rany nie można było się doczekać, rana wyglądała jak świeże mięso, osłabienie wzmagało się, apetytu nie było, kaszel zaczął się wzmagać a z kaszlem zaczął chory wyrzucać coraz większą ilość gęstéj, ropiastéj, bardzo cuchnącéj plwociny, rana w końcu rozpadła się i przybrała bardzo znaczne rozmiary, równocześnie wystąpił coraz znaczniejszy naciek i rozpad płuc, a chory umarł w 3 tygodniu po operacyi. Na szyi nie wystąpiła żadna choroba przyranna. Sekcyi nie uskuteczniono z powodu niezezwolenia rodziny. Niemiłém było tłumaczenie się rodzinie z niekorzystnego wyniku, albowiem wykonałem tracheotomię w takim okresie, w którym ten rękoczyn rodzinie nie zdawał się jeszcze niezbędnym.

Przypadek VI. Sabina Schütz, 30 lat licząca, właścicielka kawiarni, stanu wolnego, przybyła na mój oddział w dniu 6 maja 1878; podając że choruje na płuca od kilku lat. Przed parą tygodniami wystąpiła u niéj zadyszka, która dopiero przed 8 dniami znacznie się wzmogła: wdychanie głośne, przeciągłe, wydech zaś wolny; głos zachrypnięty, niewyraźny i cichy. W szczytach płuc wyraźny naciek na szerokość dłoni; liczne rzężenia, wydech oskrzelowy; wypuk nieco stłumiony. Na podstawie badania wziernikowego rozpoznaliśmy: „*Laryngitis subacuta, infiltratio submucosa ligam. ver. et imprimis lig. v. d. et partis laryngis subligamentosae: exulceratio ligam. v. d. Paresis muscul. crico-arytenoid. posticorum et inde motus respiratorius ligamentorum perversus et laryngostenosis consecutiva*“. Stan odżywienia choréj dobry, atoli niedokrewność wyraźna, stan ogólny niegorączkowy. W dniu 7 maja uskuteczniono tracheotomię. Kilka pierwszych dni po operacyi były dla choréj bardzo dobre, w następnych przystąpiła znaczna gorączka, która dochodziła do 39° a nawet 40 i 40·5° C. wieczorami; silny kaszel z plwocinami ropiasto-krwawemi, z tyłu z lewéj strony stłumienie wypuku aż do połowy płuc, nieco mniéj z prawéj, oddech oskrzelowy. W dniu 10 maja dostała chora miernego krwotoku, który się jeszcze kilka razy w następnych dniach powtórzył; w ranie aż do końca nie było widać żadnéj reakcyi; przeciwnie wyglądała ona niezmieniona, jakby na trupie uskuteczniona, każda jéj warstwa odznaczała się wyraźnie, w miarę gorączki wysychając; około 16 maja utrudnione połykanie; upadek sił bardzo znaczny; 20 maja śmierć (13 dnia po operacyi). Oględziny pośmiertne wykazały: „*Ulcera ligamentorum, perichondritis arytenoidea et necrosis cartil. aryt. d. consecutiva; infiltratio submucosa ligamentorum: perforatio laryngis ex ulcere tuberculoso et inde suppuratio prof. penes oesophagum* (tłumaczy ból i trudność przy połykaniu w ostatnich dniach.) *Tuberculosis pulmonum, bronchitis fusi- et sacciformis*; *ulcera tuberculosa intestinorum crassorum, degeneratio adiposa intestinorum, marasmus febrilis.*“

(Dokończenie nastąpi.)

II. Stanowisko lekarzy prostytucyjnych w obec nauki.

Napisał Dr. **Ż. Krówczyński** we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12.)

Przejdźmy teraz do trzeciéj grupy chorób płciowych, które najczęściéj przez spółkowanie się udzielają, czyli do zakażenia kiłowego. Nikt nie wątpi obecnie o istnieniu kiły, z wyjątkiem tych antimerkuryjalistów, którzy wmówić w publiczność pragną, że objawy zakażenia kiłowego i te wszystkie zmiany, które obejmujemy mianem wczesnéj czyli wtórorzędnéj i późnéj czyli trzeciorzędnéj kiły są wypływem le-

czenia rtęcią, chociaż sami w swoje twierdzenia nie wierzą. Obecnie też nie ulega wątpliwości, że kiła jest chorobą zaraźliwą, która powstaje tylko przez bezpośrednie, a w wyjątkowych tylko razach, pośrednie zetknięcie się wydzieliny przyrzutem kiłowym zakażonéj, z organizmem zdrowego człowieka. Mówiąc o kile mam na myśli definicyję obecną téj choroby i pojmuję przez nią owo ogólne zakażenie ciała, które według twierdzenia dualistów zawsze następowało po wrzodzie twardym, a zdaniem unitarystów było wypływem niezgęszczonego jadu, którego pierwotne objawy widzialne dla oka po kilku (2 — 3) tygodniach okazywać się zwykły.

Wracając do zaraźliwości kiły przypominam, że zdaniem większości autorów do zaszczepienia przyrzutu potrzeba ranki lub zdarcia chociażby najbardziéj nieznacznego, że przybłonek lub przyskórek prawidłowy ochrania od zarażenia, i że przy braku obrażenia tylko długie zaleganie przyrzutu kiłowego na delikatnéj skórze lub błonie śluzowéj może być powodem zakażenia. Po kilku tygodniach występują dopiero pierwsze widoczne objawy chorobowe pod rozmaitemi postaciami, po których następuje obrzęk gruczołów ze wszystkiemi znanemi objawami kiły, które wskazują, że nietylko krew, ale i cały organizm jest zakażony. Zamiast opisywać pobieżnie znany przybieg kiły, ograniczam się do stwierdzenia, że kiła jest chorobą o bardzo powolnym przebiegu i że często trwa ona przez kilkanaście a nawet kilkadziesiąt lat. Ważniejszém nad przebieg jest dla nas pytanie, jak się kiła zachowuje pod względem zaraźliwości w swym biegu i czy ona tylko chwilowo, lub w piewszych chwilach jest zaraźliwą, czy też własność zarażania dopóty istnieje, dopóki trwają objawy chorobowe. Na to pytanie nauka nie odpowiada stanowczo; wprawdzie do niedawna twierdzono, że tylko objawy pierwotne są zaraźliwe, i przenoszą się jako takie przy bezpośredniém zetknięciu się z osobami zdrowemi, a odmawiano zaraźliwości tak objawom wczesnéj czyli wtórorzędnéj kiły, która tylko na potomstwo przenosić się miała, jakotéż kile trzeciorzędnéj, o któréj przypuszczano, że nieposiada własności zarażania, i że jako kiła odziedziczoną być nie może. Nie wdając się w bliższy rozbiór kiły dziedzicznéj powiem tylko, że wiemy obecnie o nabytéj kile, iż spółkujący tém łatwiéj się zaraża, w im wcześniejszym okresie znajduje się niewiasta kiłą dotknięta, i że w okresie pierwotnym i tak zwanym wtórorzędnym własność zarażania jest największą; ale jak się zachowuje kiła tak zwana trzeciorzędna i czwartorzędna, o tém pewności nie mamy. Podczas gdy ci, którzy kiłę dzielą na cztery okresy, zazwyczaj odmawiają ostatniemu okresowi własności zarażania, a przypisują ją jeszcze kile trzeciorzędnéj, przypuszczający trzy okresy chorobowe jużto odmawiają, już też nie odmawiają trzeciemu okresowi możliwości wywoływania choroby. Za niezdolnością wywoływania choroby w trzecim okresie, czyli późnéj kiły przemawiają szczepienia Didaya i spostrzeżenia Baerensprunga. Obaj autorowie szczepili wydzielinami z chorych w tym okresie choroby się znajdujących i otrzymywali wyniki ujemne, a na nich opierając się twierdził stanowczo Baerensprung, że kiła, a względnie objawy chorobowe, przestają być zaraźliwemi od chwili, w któréj choroba okazuje się pod postacią zmian okresu trzeciorzędnego. Niestety jednak, jak wspomniałem, nie brak i takich autorów, którzy twierdzą, że tylko niektóre objawy kiły trzeciorzędnéj są zaraźliwe, a najmniéj licznym jest zastęp tych badaczy, zdaniem których kiła trzeciorzędna bez względu na jakość objawów jest zaraźliwą. Przeciwko zaraźliwości kiły w wspomnianym okresie przemawiają wreszcie spostrzeżenia Kassowitza, który stwierdził, że dotknięci objawami kiły późnéj najczęściéj płodzą lub rodzą dzieci zupełnie wolne od zakażenia kiłowego; a trudno przypuścić, aby kiła przy zetknięciu bezpośredniém się udzieliła, gdy się nie przenosi ani na płód ani przez ostatni na matkę. Jakkolwiek rozstrzygnienie téj wątpliwości byłoby rzeczą bardzo pożądaną, złe wynikające z zaraźliwości kiły musi się nam przedstawić w ogromnych rozmiarach nawet w takim razie, jeżeli tylko objawom kiły wczesnéj przypisywać będziemy możność zarażania, co nie tylko jest stwierdzoném, ale ulegać nie może zaprzeczeniu.

Ponieważ stan wiedzy naszéj nieoznacza ściśle, kiedy się okres wczesnéj kiły kończy, którego trwanie zależy nie tylko od własności samego organizmu, ale również od warunków higijenicznych, w jakich się chory znajduje i od leczenia, które przeciwko chorobie stósowano, niemożemy też oznaczyć ściśle, jak długo utrzymuje się własność zarażania, która jak wiadomo w okresach utajenia choroby także istnieje. To pewna, że okres przytoczony, czyli kiły drugorzędnéj, rozciąga się często na lata, a rzadko kończy się po roku lub kilkunastu miesiącach, licząc od chwili pierwszych objawów chorobowych. Dla uzmysłowienia, jak wielkie złe wynika z zaraźliwości objawów kiły wczesnéj, przypominam tablicę Martina, który opierając się na datach statystycznych, podanych przez pierwszorzędnych syfilidologów wykazał, że okres kiły wczesnéj rozciąga się średnio na dwa lata, czyli że prostytutka przez dwa lata może zarażać tych, którzy ją odwiedzają. Gdyby więc nawet z niezachwianą pewnością stwierdzono, że kiła późna nie udziela się przez zetknięcie, złe wynikające z zaraźliwości kiły wczesnéj jest zanadto wielkie, aby nie zasługiwało na baczną uwagę. Niewątpliwie zaraźliwość objawów kiły wczesnéj jest różną i twierdzenie Bumsteada, że najzaraźliwsze są wilgotne, że tak nazwę formy kiły, jest bardzo prawdopodobne. Stąd wynikałoby, że wrzody w chwili ropienia, a przedewszystkiém szyszkowiny sączące, są najbardziéj zaraźliwemi objawami, co zresztą potwierdza Szperk, który utrzymuje, że $^6/_7$ wszystkich mężczyzn w ciągu roku kiłą dotkniętych zaraża się od kobiet cierpiących na szyszkowiny sączące, a tylko $^1/_7$ od kobiet dotkniętych objawami kiły pierwotnéj.

Możemy zupełnie pominąć rozumowania, w jaki sposób przyrzut sprowadza niepożądany skutek w okresie utajenia choroby i co stanowi przenośnik przyrzutu, a wykażemy z jakich objawów chorobowych czerpie organizm zdrowy przyrzut kiłowy w zwykłych warunkach i przy spółkowaniu. Niewątpliwie najczęstszém źródłem zakażenia są wydzieliny objawów kiłowych w ściśleém znaczeniu i krew chorobą dotkniętych, ale najprawdopodobniéj nie są one źródłem jedyném. Jak się zachowują fizyjologicznie wydzieliny, o tém wiemy, chociaż i pod tym względem nie mamy pewności, czy one w wyjątkowych razach nie mogą lub nie pośredniczą w zarażaniu, a niewątpliwość tę usprawiedliwia nie dawno ogłoszony przypadek kiły wywołanéj przez wstrzyknięcie do organizmu zdrowego mleka kobiety chorobą dotkniętéj. Najnowsze odkrycia i spostrzeżenia znakomitych autorów dowodzą, że inaczéj aniżeli fizyjologiczne wydzieliny działają twory chorobowe czyli sekrecyje patologiczne i te właśnie fakta posłużą nam na dowód, że stanowisko lekarzy prostytucyjnych jest w obecnéj chwili bardzo trudne, że ono wymaga znajomości najnowszych badań i że potrzeba ścisłego oznaczenia, co przez chorobę zaraźliwą rozumieć należy, jest niezbędną.

Rozbiór zachowania się patologicznych wydzielin udowodni zresztą, że przypuszczenie wiewióra kilowego nie jest mrzonką, ale że wiele spostrzeżeń go potwierdza. Poprzednio wspomniałem o twierdzeniu Morgana i tłumaczeniu spostrzeżeń ostatniego jakie podaje Boeck, a teraz przypomnę spostrzeżenia Tarnowskiego, które dla ważności w dosłownym przekładzie powtarzam: „W zimie 1863 r., gdy się syfilizacyją zatrudniałem w szpitalu Kalinkowskim, szczepiłem równocześnie wydzielinę wiewiórową kilowych ludziom zdrowym. Po 18tu doświadczeniach udało mi się u kobiety, która miała wyrośle brodawkowe na sromie i nigdy kilą nie była dotknięta, zaszczepić kilę, używając do szczepienia wydzieliny surowiczo-ropiastéj z pochwy choréj, która cierpiała na zajęcie kiłowe gardła. Ma się rozumieć, że chora, któréj wydzieliny do szczepienia użyto, nie miała ani na zewnętrznym sromie ani w pochwie, ani zresztą na części pochwowéj macicy, żadnego nadżerka. Zachowano przytém wszelką ostrożność, aby do wydzieliny nie domięszała się krew, a do rękoczynu użyto całkiem nowego lancetu, za pomocą którego wydzielinę głęboko pod skórę wprowadzono, a mianowicie na zewnętrzną powierzchnię lewego barku. Otóż dalszym losem szczepionéj było, że uległa kile i mimo leczenia rtęcią w ciągu 6 lat przebyła 4 nawroty chorobowe“. Czyż to doświadczenie nie wskazuje, że przypuszczenie wiewióra kiłowego jest usprawiedliwioném? Tarnowski i Morgan nie są jedynymi badaczami, którzy przypisują wydzielinom chorobowym możliwość zarażania, Leé, Vidal, Hammond, Berckely Hill i Marston potwierdzają przypuszczenia pierwszych a Leé tak daleko się posuwa, że przypisuje możliwość zakażenia kiłą wydzielinie śluzowo-ropiastéj najlżejszego wiewióra kiłą dotkniętego człowieka, który to wiewiór powstał bez wszelkiego zakażenia, ale skutkiem nadużycia płciowego. Jeszcze ważniejszém wydaje mi się twierdzenie J. Morgana i jego tłumaczenie faktu. Stwierdza on, że u kobiet kiłą dotkniętych, u których pochwa w chwili przybycia do szpitala nie przedstawiała żadnych zboczeń, często powstają w przebiegu objawów kiły wczesnéj wydzieliny z pochwy, które u zdrowego kilę wywołują. Mniejsza o to, czy te wydzieliny są czysto pochwowe, czy pochodzą z macicy, w każdym razie niebezpieczeństwo zarażania się istnieje i jest równie wielkie w obu razach.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Proff. Loebisch i Rokitansky (w Insbruku): **Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung.** (*Wiener Klinik, 1 u. 2 Heft 1879*). Sprawozdanie Dra M. Kramarzyńskiego w Brzesku.

(Dokończenie. Patrz Nr. 13.)

VI. Wodnik chloralu. Otrzymuje się najłatwiéj wystawiając chloral na działanie powietrza atmosf., tworzy kryształki bezbarwne, woni przypominającéj woń arbuza, smaku słabo aromatycznego; rozkłada się w ciepłocie + 96—98° C., a topi się w + 50—51 C. Kwas siarkowy odejmuje mu drobinę wody i zamienia go na chloral.

Czysty wodnik chloralu ulatnia się zupełnie w suchém powietrzu, w wilgotném zaś rozpływa się. Kryształek rozgnieciony w bibule nie pozostawia na niéj plamy tłustéj. Wodnik chloralu rozpuszcza się łatwo w wodzie, wyskoku, eterze, chloroformie, benzolu, w olejach tłustych, i eterycznych. Roczyn wodny czystego w. chl. oddziaływa obojętnie a azotan srebrowy nie mąci go. Podając go chorym, należy się wystrzegać alkaliów, bo takowe rozkładają go na chloroform i kwas mrówkowy, jakoteż przetworów wyskokowych, gdyż wodnik chloralu tworzy z wyskokiem chloralkoholat, daleko słabszy w skutkach od pierwszego.

Doświadczenia przemawiają za tém, że wodnik chloralu jako taki krąży we krwi. Zażyty w małéj ilości sprawia nie wielkie obniżenie ciepłoty ciała i takież zwolnienie ruchów serca, przez zmniejszenie pobudliwości zwojów sercowych a nie przez zadrażnienie obwodowych części nerwów błędnych. Zażyty naraz w wielkiéj ilości, upośledza nadto pobudliwość odruchową nerwów naczynioruchowych, oraz działa trująco na serce. Zwalnia także ruchy oddechowe i upośledza czynności zwojów nerwowych wszystkich mięśni prążkowanych, za czém przemawiają doświadczenia na zwierzętach wodnikiem chloralu otrutych. Nie upośledza on wcale przewodu pokarmowego, choć używany przez czas dłuższy; aczkolwiek z drugiéj strony nie można pominąć jego własności trujących, dla których już nieraz był przyczyną śmierci a zwłaszcza zadany w ilości 5.00 naraz. W mniejszym stopniu trujące jego własności objawiają się majaczeniem, zapadem, zwolnieniem ruchów oddechowych i ruchów serca, nastrzykaniem spojówek, zwężeniem źrenic, opadnięciem szczęki dolnéj itd. W takim razie należy wypróżnić żołądek i sprowadzić sztuczne oddychanie. Odtrutki dotąd nie ma pewnéj; namienić tylko należy, iż jedni radzą podawać w razie otrucia strychnin, inni fizostygmin, inni wreszcie uciekają się w takim razie do amonijaku, eteru kamforowego i amylnitritu.

Wodnik chloralu jest lekiem nasennym, a pierwszeństwo oddać mu należy pod tym względem przed innemi środkami nasennemi; albowiem sprawia rychło sen pokrzepiający chorego, bez następowych przypadów ubocznych, jak po zadaniu makowca, a wreszcie można go przez dłuższy czas używać bez szkody dla ustroju chorego. Atoli wodnik chloralu nie usuwa bólu, nie jest tedy lekiem kojącym. Małe dawki w połączeniu z małemi dawkami morfinu (1.00 z 0.01) mają działać bardzo kojąco; podczas gdy małe dawki wodnika chloralu samego działają pobudzająco.

Wodnik chloralu znajduje zastósowanie lecznicze tam, gdzie chodzi o sprawienie snu błogiego, działającego nie tylko pokrzepiająco, ale zarazem i uspokajająco na chorego, a zatém tam, gdzie zwiększona jest czynność narządu krążenia; w szczególności więc podajemy go chorym na umyśle (w obłędzie opilczym); zauważano, iż podany w odpowiedniéj dawce pod wieczór rychléj i dłuższy sen sprawia, niż podany w téj saméj dawce za dnia. Podczas używania należy zabronić napojów wyskokowych, herbaty, kawy, bo te niekorzystnie działają, sprowadzając nawał krwi do głowy a z nim nieprzyjemne przypadłości. Przy dłuższém używaniu wodnika chloralu powstawało nieraz otrucie przewlekłe, objawiające się uczuciem znużenia, bladością twarzy, skłonnością do omdlenia i wymiotów, drżeniem członków, upośledzeniem ruchów współrzędnych, kurczami w łydkach, przekrwieniem skóry, pokrzywką a nawet odleżyną zgorzelinową.

Zalecają go także w drgawkach porodowych, w kokluszu, gdy skąpa tylko wydzielina zalega oskrzela i w tężcu; w padaczce działa tylko symptomatycznie. Używano go téż z dobrym skutkiem w celu znieczulenia do pomniejszych operacyj chirurgicznych.

Nie mamy dotąd pewniejszéj odtrutki na strychnin nad

wodnik chloralu, podczas gdy naodwrót strychnin nie jest odtrutką na wodnik chloralu.

Zalecają go wreszcie w rozczynie do zamuskiwań błony śluzowéj gardła, dotkniętéj sprawą błonicową, do gojenia wrzodów błonicowych, a także do gojenia tocznia *(lupus)*, do przestrzykiwań jamy nosa owrzodziałéj, do wstrzykiwań w tętniaki itd. Wreszcie jako środek przeciwgnilny do przechowywania wyrobów anatomicznych.

Dawki. Zaczynać należy od małych dawek: podajemy zatém noworodkom 0.03—0.05 p. d., oseskom 0.06—0.18 p. d., dzieciom do lat sześciu 0.24—0.36 p. d., tymże od 10—12 lat po 0.48—0.90 p. d. Dorosłym zaś w celu sprawienia snu 2.00 co wieczór; w drgawkach i tężcu po 0.20 co pół godziny aż do 6.0—8.0 na dzień. Do wstrzykiwań podskórnych uciekamy się wtenczas, gdy innym sposobem nie możemy choremu podać tego leku a bierzemy do tego równe części w. chloralu i wody. Do lawatywy albo do czopków bierzemy 2.00 na raz.

VII. Trimethylamin znajduje się obficie w sosie śledziowym słonym, z którego otrzymać go można przez przepędzenie z wapnem żrącém, albo ługiem potasowym. Jest on także częścią składową komosy mierzliwéj (*chenopodium vulvaria*), sporyszu itd. Trimethylamin jest amonijakiem, w którym 3 rodnie wodu zastąpione zostały 3ma równoważnikami methylu; jest cieczą bezbarwną, lotną, woni ryb zgniłych, dającą się mięszać w dowolnym stosunku z wodą i wyskokiem. Małe dawki podniecają rdzeń pacierzowy, poczém następuje okres przygnębienia, a zatém zwolnienie ruchów serca i oddechowych, obniżenie ciepłoty ciała. Drugi okres szczególniéj wybitnie występuje po dawkach większych. Zalecają go z pomyślnym skutkiem w zapaleniu stawów gośćcowém a w nowszych czasach w pląsawicy (N. Weiss).

Dawki. Podajemy go chorym od 0.10—0.30 w dawce kilka razy dziennie, przepisujemy zaś według wzorów:

Rp. Trimethylamini puri 1.50
Aq. destill. 90.00
Elaeosacch. menth. p. 8.00.
S. Co 2 godziny po łyżce, albo

Rp. Trimethylamini hydrochl. 1.00—2.00
Spir. menth. 5.00
Spir. simpl. 25.00
Aq. destill. 200.00.
S. ut supra.

Schultze: **Przyczynek do dyjagnostyki wielkich obrzęków jajnikowych.**

Ceniąc wysoko wszystkie dotąd znane sposoby badania wielkich obrzęków jajnikowych, podaje autor sposób badania, którym się od lat kilku prawie zawsze z pomyślnym wynikiem posługuje. Ułożywszy chorą na wznak z krzyżami na brzegu stołu leżącemi po znieczuleniu chloroformem bada zazwyczaj dwoma palcami przez pochwę i przez kiszkę stolcową. Podczas tego asystent, stojący blisko głowy osoby badanéj po jednéj albo drugiéj stronie stołu, układa obie ręce między pępkiem a spojeniem kości łonowych w ten sposób, iż końce palców ku ostatniemu są zwrócone. Rękami w ten sposób ułożonemi stara się asystujący zesunąć powłoki brzuszne o ile możności ku dołowi a równocześnie wysunąć guz cały ku górze tj. ku klatce piersiowéj. Jeżeli w ten sposób guz chociażby o parę centimetrów tylko był podniesiony a zwiotczałe powłoki dostatecznie ku dołowi zesunięte, co po znieczuleniu chloroformem z łatwością się udaje, badający ma dość miejsca, aby badając równocześnie przez kiszkę stolcową a drugą ręką przez powłoki brzuszne, końce palców mógł tak zbliżyć do siebie, że między takowemi istniejące połączenie guza z macicą lub brak takowego dokładnie może oznaczyć. Jeżeli badanie od strony powłok brzusznych przez znaczne napięcie obrzęku lub zbyt gruby pokład tłuszczu jest utrudnione, to palec w kiszce stolcowéj po nad tylną ścianę macicy wysunięty może omacać dokładnie połączenie macicy z obrzękiem, jeżeli podczas tego guz już to do góry, już to na dół jest przesuwany. W obec wreszcie ostatniego zabiegu nawet w tych przypadkach, gdzie badanie przez kiszkę stolcową jest nader utrudnioném, można się jeszcze przekonać o łączności macicy z guzem na podstawie tego, czy podczas ruchów udzielanych guzowi macica pozostaje na jednem miejscu lub też wspólnie ruchy wykonywa.

Pod koniec podnosi autor różnicę badania przez kiszkę stolcową bez wyż opisanéj asystencyi i z takową, i tak posługując się swoją metodą niejednokrotnie mógł z zadziwiającą dokładnością oznaczyć przyczepienie guza, podczas gdy przy badaniu przez kiszkę stolcową bez pomocy palce napotykały zazwyczaj na taki opór, że rozeznanie przedmiotów było niepodobném. *(Centralblatt f. Gynäkol.* 1879, Nr. 6)

A. Mars.

Schultze: **Nowa metoda odprowadzania uporczywych tyłozgięc macicy.**

W bardzo znacznéj liczbie przypadków tyłozgięć macicy używał dotąd autor w celu odprowadzenia tejże (w razie potrzeby przy chloroformie) rękoczynu powikłanego, a mianowicie, kładąc dwa palce do kiszki stolcowéj podnosił niemi ciało macicy ku górze, drugą zaś ręką pomagał sobie przez powłoki brzuszne; aby zaś w ten sposób odprowadzoną macicę stale w nowém utrzymać położeniu, zakładał swój krążek do pochwy.

Wykluczając przypadki tyłozgięć macicy, w których zrosty z sąsiedniemi organami niedozwalają myśleć o odprowadzeniu, napotkał autor wiele takich przypadków, w których tak odprowadzenie jak niemniéj utrzymanie macicy w prawidłowém ułożeniu napotykało na znaczne trudności.

Ponieważ zaś S. uczynił spostrzeżenie, że macica uporczywie w tyłozgięcie powracająca trwale w prawidłowém ułożeniu utrzymywać się dawała, jeżeli ją odprowadzał tuż po ukończeniu pologu ciąży prawidłowéj, tém łatwiéj zaś jeżeli poród był przedwczesnym; ponieważ nadto spostrzegł, że macice przewlekle powiększone po rozszerzeniu takowych pręcikami blaszeńca i po kilkakrotném pomazaniu wnętrza rozczynem kw. karbolowego lub półtora chlorku żelaza, kurcząc się podobnie jak podczas bólów porodowych powiększenie nieprawidłowe utracały; upatrując w tém małe podobieństwo do czynności pologowéj, korzysta z tych spostrzeżeń, w celu naprawy uporczywych tyłozgięć.

W zastarzałych przeto i uporczywych tyłozgięciach macicy rozszerza mocno macicę za pomocą blaszeńca, wchodzi następnie dwoma palcami do pochwy, a z tych jednym, tj. średnim, do macicy i zginając takowy przy pomocy drugiéj ręki przez powłoki brzuszne odprowadza macicę, a potém jak zwykle zakłada swój krążek.

Metodę tę poleca autor nader gorąco, tém więcéj że sposób rozszerzania macicy za pomocą blaszeńca jaki podał w Nrze 7 *Centralblatt f. Gynäkologie,* uważa za całkiem

nie szkodliwy, co popiera fakt ten, że w 400 przypadkach, w których sposobu swego rozszerzania macicy używał, nigdy żadnych złych skutków, ani nawet podniesienia ciepłoty wyżéj 38% nie widział.

Co się tyczy trwałości skutku nowéj metody odprowadzania macicy jakiego się spodziewa, nie może S. stanowczych podać wyników; wszystkie bowiem nowym sposobem operowane przypadki są zbyt świeże. Niektóre tylko z przypadków operowanych w sierpniu r. z. widział autor ponownie teraz i we wszystkich znalazł macicę w prawidłowém położeniu krążkiem podtrzymywaną, nadto spostrzegł zmniejszenie objętości i utratę obfitych krwotoków. (*Centralblatt f. Gynäkologie* 1879, Nr. 3). *A. Mars.*

Knapp i Grüning: **Obwodowe przecięcie torebki przy operacyi zaćmy**.

W zamiarze uproszczenia operacyi zaćmy, zmniejszenia urazu i sprowadzenia sprawy gojenia po operacyi do stanu oka po wykonaniu zwykłéj iridektomii, postanowił Knapp w Nowym Yorku zmodyfikować przecięcie torebki. Przecina on ją blisko górnego brzegu soczewki wzdłuż otworu w rogówce. Doświadczenia dotyczące obejmują 29 przypadków (i 9 przypadków, gdzie przecięcie miało kształt litery **T**). Autor pomimo trzech, z innego powodu straconych oczu, zachwala ten sposób operowania i twierdzi, że w wielkiéj części osiągnął powyżéj wspomniony cel, szczególnie co do złagodzenia urazu.

Z drugiéj strony autor przyznaje, że zazwyczaj potrzebną jest następowa dyscysyja; bardzo wreszcie wątpliwém jest, ażali resztki pozostałe w torebce się zresorbują, jeżeli ranka w tejże się wcześnie sklei. Autor twierdzi, że resorbcyję spostrzegał; zdaje się, że K. operował tylko przypadki zupełnie dojrzałe, w których wszystkie części kory przeszły już wsteczne przeobrażenia.

Natomiast bardzo odpowiednim byłby ten sposób operowania w zaćmie Morgagniego. Martin w przeszłym roku podał nowy sposób operowania takich zaćm, a Grüning korzystając z myśli Knappa radzi, aby w takich przypadkach przecinać torebkę wzdłuż górnego obwodu soczewki ostrym haczykiem Graefego szybko przesuniętym.

Korzyści tego sposobu są: 1) że rozwodniona kora bezpośrednio się wydala, a więc nie drażni tęczówki; 2) że niema wgłobienia *(obere Kapseltasche)*, w którém się jądro czasami zatrzymuje. Zdaniem naszém ważności tego sposobu operowania zaćmy Morgagniego *a priori* następujące uwagi domyślać się każą:

Jeżeli zwykłym sposobem przecinamy torebkę, a więc nasamprzód prowadzimy cięcie pionowe, wtedy wypływa kora rozwodniona. Gdy nadto prostopadłe przecięcie poprowadzić chcemy, łatwo przerwać tylną torebkę i *membrana hyaloidea*, zkąd nieraz początek bierze wypływ ciałka szklanego. Obliczyć się da tylko efekt pierwszego szybko przeprowadzonego cięcia, a takim jedynie jest cięcie Knappa. Daléj możnaby usunąć wgłobienie górne, zkąd czasami niepodobna dostać jądra, tak że niektórzy operatorowie już radzili, aby w takich razach jądro pozostawić w torebce. (Wiele przypadków tak zwanego zwichnięcia jądra należy policzyć na karb ukrycia się jądra w górném wgłobieniu.) Prof. Rydel w jednym przypadku zaćmy Morgagniego przeciął torebkę wzdłuż ranki rogówkowéj, zanim jeszcze Grüning spostrzeżenia swoje ogłosił. Praca Martina (de Cognac) ogłoszona w *Annales d'oculistique* (styczeń — luty 1878) zwróciła uwagę na to, że modyfikacyja operacyi byłaby pożądaną. Skutek w przypadku prof. Rydla był zupełnie pomyślny. *(Archiv für Augenheilkunde von Knapp und Mauthner.* Tom VII. 1878. Art. XII i XXV.) *Dr. E. Machek.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja sądowolekarska Tow. Lek. Krak.

Posiedzenie I. z dnia 21 marca 1879.

Przewodniczący prof. Blumenstok, obecnych członków 18.

Przewodniczący powitawszy obecnych na pierwszém posiedzeniu kolegów przypomina program Komisyi, treściwie podany w regulaminie przez Tow. lek. krak. przyjętym, dodając, że programu tego rozwijać nie myśli, gdyż nad wszelki program ceni korzystny bilans z czynności Komisyi, którego się spodziewa z końcem roku, i przystąpienie *in medias res*. Poczém:

1) Prof. Dr. Bojarski przedstawiając: „stósunek znawców do sądu“ podał krótki rys historyczny nauki o dowodzie w starożytności, wiekach średnich i w ustawodawstwie najnowszém, zwracając główną uwagę na dowód przez znawców. W téj mierze rozjaśnił rozmaite stanowiska znawców w procesie karnym, który im przyznawał różnemi czasy jużto znaczenie tylko dowodu z oględzin sądowych, jużto świadków lub sędziów polubownych i zwrócił uwagę, iż w nauce dzisiejszéj dowód przez znawców jest osobnym, samodzielnym dowodem, który, mimo samodzielności znawców, poddany jest pewnéj kontroli sądu nie tylko pod względem wyboru osób i uznawania ich zdolności, ale również pod względem ich zdania, o ile ono nie odpowiada formom zewnętrznym lub w swéj treści jest niejasném lub sprzeczném. W końcu, stósując zasady naukowe do ustawy o postępowaniu karném austryjackiém, określił stósunek ich do sądu według tejże ustawy i objawił życzenie, aby łączność konieczna lekarzy z prawnikami w celu zbadania prawdy, jawiąca się w téj nowo zawiązanéj Komisyi, rozszerzyła się jeszcze w tym kierunku, iżby prawnicy, uznający już ważność dla siebie znajomości medycyny sądowéj, uznali także konieczność zaznajamiania się z chemiją sądową.

2) Prof. Blumenstok zdaje sprawę z rozprawki prof. E. Hofmanna we Wiedniu pt. *„Zwei aus dem Wasser gezogene menschliche Skelete.“ (W. med. Woch.* 1879, Nr. 5—7 i osobne odbicie, str. 15.) Z przypadków tych głównie jeden zasługuje na uwagę pod względem możebności sprawdzenia identyczności. Wydobyto z Dunaju szkielet bez głowy i bez 5 kręgów szyjnych górnych; odnogi dolne znajdowały się jeszcze w butach długich a naokoło lędźwi znaleziono rzemyk skórzany; tu i owdzie przylegały do kości przeobrażone części miękkie; miednica męska, na niéj masa tłuszczowoskowa, śród któréj odkryto resztki ciał jamistych prącia a nawet tylną część cewki moczowéj z wzgórkiem nasiennym. Na podstawie tego wyniku badania oraz mierzenia kości H. orzekł, że szkielet pochodzi z mężczyzny, lat 30 do 40 liczyć mogącego, małego wzrostu, i że ciało przynajmniéj ½ roku leżało w wodzie. Dotąd przypadek ten nie przedstawia nic niezwykłego. Możemy nawet na kościach luźnych, wydobytych z wody lub ziemi, oznaczyć z większą ścisłością wzrost człowieka, z którego te kości pochodzą, jeżeli mamy przed sobą choć jednę tylko kość rurkową wraz z nasadami, a posługujemy się wtedy tablicami ułożonemi przez Orfilę lub formułkami Carusa. Tak niedawno temu wykładający razem z kolegą Rybczyńskim sprawdzał przy rozprawie identyczność na podstawie kości, pochodzących z człowieka, który przez 7—8 lat leżał we wodzie i zdołał podać nie tylko płeć, ale z największém prawdopodobieństwem i wzrost oraz wiek w przybliżeniu. W przypadku prof. H. identyczność sprawdzono w sposób wyjątkowy. Wśród zgniłych resztek części miękkich wydobytych z miednicy znalazła się portmonetka, a w niéj kilka grajcarów, guziczków porcelanowych oraz kwit kasy rzemieślniczéj na 40 gr., wystawiony na imię Macieja Thymala, a na tym kwicie czytelnemi były podpisy, numer i treść dwóch stampilij. W rzeczy saméj pokazało się, że

Maciej Th. zaginął był przed ½ rokiem. Wykładający podnosi trwałość pism nie tylko we wodzie, ale i w ziemi, albowiem gdy w r. 1869 wydobyto wojowników poległych pod Solferino, znaleziono śród resztek szkieletów gdzieniegdzie listy, całkiem dobrze utrzymane, a następnie zwraca uwagę na potrzebę dokładnego badania zwłok, choćby takowe były mocno zgniłemi, tak jak w wykładzie mianym przed kilku laty w Tow. lek. zwrócił uwagę na to, że badanie zwłok zwęglonych w pewnych razach może mieć rezultat nadspodziewanie ważny.

Drugi przypadek opisany przez prof. H. mniejszéj jest wagi.

Natomiast prof. H. przy téj sposobności zastanawia się nad tłuszczowoskiem *(adipocire)* i jego powstawaniem. Wiadomo, że Fourcroy był pierwszym, który podał wiadomość o tłuszczowosku, na podstawie spostrzeżeń czynionych przy sposobności przeniesienia cmentarza des Innocens w Paryżu (porówn. Orfili medycynę sądową w tłum. niem. Kruppa 1848, T. I, str. 703 i d.), i że tak Fourcroy, jakotéż późniejsi autorowie, tworzenie się tłuszczowosku uważali jako wynik przeobrażenia się wszystkich części miękkich, a głównie mięśni; przypuszczano bowiem, że wśród warunków korzystnych, a mianowicie w skutek leżenia zwłok we wodzie lub w ziemi wilgotnéj przy niedostatecznym przystępie powietrza atmosf., części miękkie nie przechodzą w rozpad gnilny, lecz przeobrażają się w tłuszcz, który następnie się zmydla. Tłumaczenie to o tyle zdawało się być uzasadnionem, o ile możebność pośmiertnego tworzenia się tłuszczu z istót białkowatych przy niedostatecznym przystępie powietrza nie ulega zaprzeczeniu, jeżeli się uwzględni zwyrodnienie tłuszczowe i ziarniste po śmierci w wielu organach występujące. Uderzało atoli, że nie spostrzeżono nigdy zmydlenia całego ciała, lecz znajdowano tłuszczowosk nagromadzony tylko w pewnych miejscach, i to w tych tylko, gdzie i w stanie prawidłowym dużo tłuszczu się znajduje (w oczodołach, na licach, w karku, ramionach itd.) W 2 przypadkach prof. H. tłuszczowosk otaczał kości na kształt futerału, podczas gdy mięśnie znikły były, a pomiędzy tłuszczem a kośćmi nie było próżni, lecz istniało podścielisko z tkanki łącznéj, odpowiadające co do ułożenia swego rozmaitym fascyjom i przegrodom, z których mięśnie wygniły; warstwy tłuszczowe zaś przedstawiały budowę gruboziarnistą, właściwą tłuszczowi podskórnemu. Sposób powstawania więc tłuszczowosku jest o wiele prościejszym, aniżeli dotąd tłumaczono: otóż tłuszcz nierównie dłużéj opiera się zgniliźnie, aniżeli reszta części miękkich, jakkolwiek nie utrzymuje się jako taki, lecz rozkłada się na kwasy tłuszczowe, które następnie z alkalijami, zwłaszcza z amonijakiem, zmydlają się. Jak dalece tłuszcz jest trwałym, dowodzi podanie Küchenmeistera o grabarzu, który tłuszczem ze swego cmentarza posługiwał się jako materyjałem świetlnym, do smarowania butów, a nawet pewną część ofiarował aptekarzowi. H. przypuszcza, że trwałość ta tłuszczu dałaby się nierównie częściéj sprawdzać, gdyby ekshumacyje trupów w kilka miesięcy lub lat po śmierci człowieka nie należały do rzadkości. Zdanie to prof. H. prelegentowi zdaje się być bardzo trafnem, albowiem właśnie wczoraj razem z kol. Żuławskim odbył sekcyję zwłok wydobytych ze ziemi po 10 miesiącach, na których spostrzegł po nacięciu skóry ramion warstwę tłuszczową bardzo dobrze utrzymaną, kość ramieniową ściśle otaczającą, podczas gdy warstwy mięśniowéj zaledwie były ślady. Przyczynę tworzenia się tłuszczowosku u trupów we wodzie leżących tłumaczy prof. H. w ten sposób, iż na takie trupy nie działają inne szkodliwości, a mianowicie robaki (szczególnie obleńce. *nematoda)* które ciała w ziemi lub na powietrzu leżące prędzéj niszczą, aniżeliby to zgnilizna sama uczynić zdołała. Jak szybko robaki niszczą zwłoki, o tém wykładający razem z kol. Buszkiem miał sposobność przekonać się przed kilku laty, przystępując do sekcyi zwłok człowieka, który leżał przez 7 dni zaledwie w lesie, prawda, że w miesiącu czerwcu, całe ciało pokryte było niezliczoną ilością robaków, a cała głowa już była pozbawioną części miękkich, podczas gdy oczodoły bieliły się od robactwa. Wreszcie prof. H. namienia, że w dwóch opisanych przezeń przypadkach masy tłuszczowe pływały na wodzie, co tłumaczy fakt, że szkielety znaleziono pływające.

W dyskusyi Dr. Ściborowski dołącza uwagi o téj istocie otrzymanéj z ciał zwierzęcych, podług doświadczeń Hartkola. Autor ten robił doświadczenia w następujący sposób: brał całe ciała zwierzęce lub ich części i pozostawiał przez czas dłuższy zanurzone w wodzie stojącéj lub bieżącéj zamknięte w skrzyniach drewnianych, których ściany miały liczne drobne otworki, przez które woda przepływać mogła. Wynik doświadczeń jego był taki: ścierwa zakopane w ziemi suchéj wcale się nie zmieniły w tłuszczowosk a tłuszcz pierwotnie znajdujący się w tychże ulegał zgniliźnie, zamieniając się w rodzaj mydła nieznośnéj woni. W razie zanurzenia w wodzie przez czas od 1 do 3ch lat całe prawie ścierwo przechodziło w tłuszczowosk; najpierwéj zmianie téj podlegał mózg i trzewa a zwłaszcza jelita, późniéj mięśnie, ścięgna, więzadła, chrząstki, kości tylko wtedy jeżeli ścierwo pochodziło z młodego zwierzęcia: kości ze zwierząt starszych wcale zmianie téj nie podlegają. Ciała i ścierwa zanurzone w wodzie stojącéj zamieniały się całkowicie w tłuszczowosk, wcale nic na wadze nie tracąc a czasem nawet więcéj ważyły, zanurzone w wodzie bieżącéj traciły od 10 do 15%. Tłuszczowosk otrzymany z ciał zanurzonych w wodzie bieżącéj jest biały, zaś w wodzie stojącéj jest żółty i wydaje woń niemiłą, którą może utracić przez zanurzenie go w wodzie bieżącéj. Ciekawą rzeczą jest daléj to, że przemiana ta następuje wtedy, jeżeli ciała te wraz ze skórą były zanurzone, bo odarte ze skóry przechodzą także w tłuszczowosk ale tylko w części, większa część bowiem ginie spłukana wodą; jak się zdaje przemiana ta postępuje od wewnątrz ku zewnątrz. Dr. Rybczyński przytacza przypadek własny, gdzie przy zwłokach wydobytych z Wisły znaleziono w kieszeni receptę z wyraźnym podpisem lekarza, który miał zapisane nazwisko i numer recepty i tym sposobem można było sprawdzić tożsamość osoby. Dr. Ponikło zapytuje prof. Olszewskiego, czyby nie mógł podać bliższych wyjaśnień w sprawie chemicznéj, jaka się odbywa, gdy mięśnie przechodzą w tłuszczowosk. Prof. Olszewski odpowiada, że chemija organiczna nic pewnego jeszcze do téj pory nie podaje w téj mierze.

3) Przewodniczący odczytuje pismo jednego z kolegów na prowincyi praktykujących, wystósowane do niego w przedmiocie następującym: Ministerstwo sprawiedliwości załatwiając rekurs pewnego lekarza sądowego w Galicyi wydało reskrypt w d. 21 grudnia 1878 r. do l. 15570 dla lekarzy sądowych niekorzystny. (Podaliśmy go w Nrze 4 Przeglądu Lek. rb. w skróceniu i wolnym przekładzie z oryginału. *Red.*) Władza krajowa przesyłając ten reskrypt c. k. sądom obwodowym i powiatowym (także sądowi krajowemu w Krakowie. *Red.*) do zastósowania się objaśniła go w sposób przypuszczający rozmaite tłumaczenia, a lekarzom sądowym ubliżający, podczas gdy reskrypt ministerstwa w niczém godności ich nie uwłacza. Piszący domaga się zatém wystąpienia w obronie stanu sądowo-lekarskiego.

Po przeczytaniu tego pisma Przewodniczący konstatuje nasamprzód, że prawie wszystkie rozporządzenia ministeryjalne, które w ostatnich latach na niekorzyść lekarzy sądowych wydawano, były następstwem rekursów przez kilku kolegów w kraju zanoszonych aż do téj najwyższéj instancyi, że więc skutek wprost przeciwny oczekiwaniu, a co większa szkodliwy dla wszystkich, powinien być nauką, że nie godzi się nużyć ministerstwa sprawami tak drobiazgowemi. Co się tyczy objaśnienia, dodanego w Krakowie do reskryptu ministeryjalnego, to takowe istotnie uważa za ubliżające lekarzom sądowym, i takowe tłumaczyć tylko może nieznajomością języka polskiego ze strony referenta, albowiem jak z jednéj strony lekarze sądowi nie zasłużyli sobie na zarzut im uczyniony, tak z drugiéj prawnicy sami przyznają, że objaśnienia tego nie rozumieją. Zgadza się wreszcie z kolegą, który tę sprawę poruszył, iż należy bronić lekarzy sądowych, do czego uważa komisyję za kompetentną.

W dyskusyi prof. Bojarski i kol. Ściborowski oświadczają się za tém, aby załatwienie téj sprawy odroczono aż do zamianowania nowego Prezydenta sądu wyższego, i aby wtedy Komisyja przez deputacyję prosiła, by na przyszłość nie miały miejsca podobne interpelacyje ubliżające godności lekarzy, oraz aby pp. referenci, którym się powierza czynność intymowania reskryptu, więcéj dbali o czystość języka naszego. Wniosek ten przyjęto.

4) Przewodniczący odczytuje §. 9 rozporządzenia ministerstwa spraw wewn. i sprawiedl. z d. 28 stycznia 1855 r. (Nr. 26 Dz. p. p.), wedle którego „przełożony gminy wystarać „się powinien jeszcze przed zejściem się komisyi o izbę jasną, „obszerną, któráby w razie zimna mocnego opalić można, tudzież „zamówić ma oprócz świadków sądowych człowieka, zdatnego do

„pomocy przy oględzinach, jakoteż zarządzić w ogóle wszelkie „odpowiednie przygotowania,“ i konstatuje fakt, że prawie wszędzie przepis ten pozostał martwą literą, w skutek czego lekarze sądowi zmuszeni są odbywać sekcyje w warunkach najniekorzystniejszych dla nich samych, jakotéż dla celów sprawiedliwości, bo jeżeli lekarz po kilkogodzinnéj żmudnéj jeździe przystępuje do sekcyi pod gołém niebem, na mrozie lub upale, bez stołu i bez wszelkiéj pomocy, to niepodobna wymagać, aby czynność odbyła się z taką dokładnością, jak w prosektoryjum. Z tego powodu mniema, że Komisyja powinnaby upomnieć się u władz politycznych, aby przepisowi powyższemu przynajmniéj w siedzibie parafij stało się zadość.

W dyskusyi biorą udział prof. Bojarski, koll. Ściborowski, Zaręba i Rosner, a Komisyja uchwala prosić c. k. Namiestnictwa o zaradzenie złemu.

5) Przewodniczący odczytuje kilka orzeczeń sądowo-lekarskich, z któremi się spotkał przy rozprawach w tutejszym sądzie, nie tyle zajmujących treścią, ile raczéj odznaczających się dziwną budową, dowodzeniem prawdziwie scholatycznem i tendencyją nakręcania zdań do uprzedzenia z góry powziętego, że orzeczenie tak a nie inaczéj wypaść musi, bez względu na to, że wynik sekcyi za czém inném przemawia. W niektórych widoczném jest usiłowanie potępienia z góry lub uniewinienia oskarżonego, a przecież lekarz nigdy zapominać nie powinien, że nie jest ani oskarżycielem ani obrońcą, a więc ani okropnością zbrodni z jednéj, ani smutnym losem oskarżonego nie powinien powodować się, jeżeli nie chce zejść ze stanowiska swego czysto przedmiotowego i naukowego.

6) Wreszcie Komisyja na wniosek Przewodniczącego obiera jego zastępcą kol. Obalińskiego, oraz uchwala zaprosić na członków prof. chemii Dra Czyrniańskiego i prof. prawa cywilnego Dra Zatorskiego.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Kralczyński sekretarz.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Wykaz statystyczny chorych leczonych w ostatniém 20-leciu w oddziale chorób umysłowych szpitala św. Ducha w Krakowie.

	Od roku 1859 do 1879						Od roku 1859 do 1879 opuściło oddział										Umarło							
	przyjęto				leczono razem		wyleczonych		niewyleczonych		w stanie polepszonym		Odwieziono do innego Zakładu		przez ucieczkę		skutkiem choroby		przez obrażenie		Opuściło oddział wszystkich razem		Pozostało na rok 1879	
	po raz pierwszy		powtórnie																					
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Szaleństwo gwałtowne	281	230	75	72	356	302	234	210	19	7	30	32	14	16	2	1	47	31	2*	—	348	297	8	5
Zaduma	136	152	21	32	157	184	80	97	5	20	21	24	21	17	1	—	24	17	4**	—	156	175	1	9
Pomięszanie umysłu	25	18	2	—	27	18	—	—	10	11	—	—	13	6	—	—	2	1	—	—	25	18	2	—
Niedołęztwo umysłowe	64	82	5	1	69	83	—	—	48	56	—	—	4	5	1	—	10	17	—	—	63	78	6	5
Niedołęztwo porażenne	70	5	—	—	70	5	—	—	15	1	5	—	4	—	—	—	38	4	—	—	62	5	8	—
Obłąkanie padaczkowe	31	33	—	—	31	33	—	—	20	21	—	—	6	3	—	—	5	8	—	—	31	32	—	1
Razem	607	520	103	105	710	625	314	307	117	116	56	56	62	47	4	1	126	78	6	—	685	605	25	20

* **Zaraza astrachańska.** „Z okręgu dżumowego nie ma doniesienia o nowych przypadkach choroby“ oto kwintesencyja najnowszego sprawozdania o dżumie w *Veröffentl. d. k. d. Gesundh.* (z d. 31 marca), a wszystko, co dzienniki zresztą podają, odnosi się tylko do roztrząśnienia choroby Prokowiewa, i kilku przypadków podejrzanych, które się zdarzyły w Odesie. Dziewczynka, która zachorowała świeżo w Wietlance, odzyskała zdrowie, a prof. Hirsch donosi swemu rządowi, że w wiosce téj nie zaszedł żaden dalszy przypadek zarazy. Delegaci lekarscy, odbywszy kwarantanę w Zamianie, 30go marca mieli wyjechać do Astrachanu, gdzie zjadą się wszyscy lekarze zagraniczni. W skutek doniesienia prof. Hirscha rząd pruski już zaprowadził ulgi pod względem surowości przepisów o dozorze dowozów. I tak dziennik urzędowy państwa niemieckiego ogłasza rozporządzenie ministeryjalne, na mocy którego kroki zarządzone w d. 20 lutego przeciw zawleczeniu dżumy ograniczać się mają odtąd tylko do przywozów, pochodzących z portów rosyjskich mórz Czarnego i Azowskiego. Zapewne rząd austryjacki niebawem podobne wyda rozporządzenie.

* W Nrze 12 Przegl. Lek. wspomnieliśmy o taksie lekarskiéj ułożonéj w ministerstwie pruskiém, przyczém wyraziliśmy obawę, że taksa ta minimalna stanie się wnet maksymalną, oraz zwróciliśmy uwagę zwolenników taks na niebezpieczeństwo grożące zawodowi lekarskiemu z domagania się takowych. Już nie po raz pierwszy oświadczamy się w tygodniku naszym przeciw wszelkim taksom, albowiem doświadczenie skądinąd zaczerpnięte nauczyło nas, że taksa jest narzędziem, na którém rozmaicie grać można, ale zawsze prawie w sposób przykry dla uszu lekarza. Z prawdziwą więc przyjemnością spotykamy się teraz w Nrze 13 poważnéj *Berl. klin. Wochensch.* z uwagami całkiem podobnemi do naszych. Redakcyja tego czasopisma nazywa projekt taksy ułożony przez ministerstwo pruskie taksą dla posługaczy i domaga się zniesienia wszelkiéj taksy. Ciekawém jest wykazanie, że taksa w mowie będąca mało co różni się od taksy z r. 1698, co już dostatecznie cechuje nowy projekt, którym minister zamierza uszczęśliwić lekarzy pruskich. W końcu redakcyja zamieszcza trawestacyję znanéj

*) 1 z powieszenia się, 1 z zapalenia płuc po złamaniu żeber.
**) 1 wyskoczył z okna, 2 powiesiło się, 1 poderżnął sobie gardło.

piosnki Heinego, zastosowaną przez jednego z lekarzy niemieckich do projektu ministeryjalnego.

* Od stowarzyszenia lekarzy dolno-austryjackich otrzymaliśmy następujące zawiadomienie:

„Celem uczczenia srebrnego wesela NN. Państwa stowarzyszenie to postanowiło wydać dla ludu dziełko o higijenie. Rozpisuje więc nagrodę 300 złr. wynoszącą za najlepszą pracę, dotąd nie ogłoszoną, a do dnia 21 grudnia 1879 do prezydyjum stowarzyszenia (we Wiedniu, VIII, Piaristengasse 17) nadesłać się mającą. Książka ta zawierać winna obok najważniejszych szczegółów anatomicznych, zasady fizyjologii i higijeny dla ludu potrzebne, w formie zwięzłéj, (w razie potrzeby z rycinami), ma być napisaną w języku niemieckim i obejmować około 15 arkuszy druku. Rękopisy ubiegających się o nagrodę, jakotéż pismo zapieczętowane mieszczące w sobie nazwisko autora, opatrzone być winny jedném i tém samém godłem. Prace nagrodą nie uwieńczone zwracać się będą razem z nieodpieczętowanym listem właścicielowi, godłem się wykazującemu. Stowarzyszenie zachowuje sobie bliższe postanowienia co do wydania i nakładu, zrzeka się atoli wszelkich korzyści materyjalnych na rzecz autora dzieła uwieńczonego. Prezydyjum stowarzyszenia wybrało sędziami pp. radcę dworu Dra Langera, prof. anatomii, Dra Nowaka, prof. higijeny w Uniw. wied. i radcę zdrowotnego Dra Witlacila.“

Statystyka epidemij. Ospa utrzymuje się w Londynie w jednakowém nasileniu. Umarło osób 15, zapadło 56, leczy się w szpitalach 322. Umarło więcéj z ospy w Budapeszcie osób 15, w Barcelonie 10, mniéj w Paryżu 15, w Wiedniu 10, w Petersburgu 49, w Genewie 2. Wydarzyły się także przypadki śmierci z ospy w Warszawie i Pradze. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu osób 11; w Londynie 3, w Wiedniu i Aleksandryi po 1. Krztusiec bardziéj się rozszerzył w Londynie; umarło 101 dzieci; również ilość osób zmarłych z chorób narządu oddychania była bardzo znaczna 640. *(Veroeff. d. kais. deut. Gesundh.)*

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 12 (od 16 do 22 marca) umarło w Krakowie osób 40; męż. 19 i kob. 21; w obwodach 18 osób, w szpitalach 22; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 36.8. Z chorób zakaźnych umarło 5 osób: 1 z dławca, 2 z duru brzusznego, 1 z gorączki połogowéj, 1 z róży. Doniesiono od 23 — 29 marca o następujących przypadkach śmierci: o 1 z ospy (z ul. Garncarskiéj), 1 z duru powrotnego (z Prądnika czerwonego), 1 z duru brzusznego (z ul. Grodzkiéj L. 56). *J. B.*

* Już po raz drugi jeden z redaktorów Dwutyg. med. publ. stwierdza w sposób całkiem przedmiotowy, że dżuma na teraz wygasła w gub. astrachańskiéj (Nr. 7. str. 102), a pomimo to już po raz wtóry zadaje mu kłam drugi redaktor (Dr. Janikowski), który w tymże numerze (str. 104) kontrasygnuje zdanie anonima, że dżuma nie wygasła i nie wygaśnie. Nie pojmujemy téj schizmy, ale mniejsza o nią; wszelako mniemamy, że gdyby kontrasygnujący i kontrasygnowany, wedle których przekonania dżuma już jest *ante portas cracovienses*, miasto prawowania się na papierze byli się pojawili na posiedzeniach komisyi sanitarnéj wtedy, gdy nadaremnie wywoływano sprawę dżumową, byliby zdołali udzielić komisyi nieco ze swojéj loimofobii i byliby utrzymali może przy życiu komitet dżumowy, po którym tak wiele się spodziewali, zwłaszcza, gdyby był szedł ręka w rękę z nowo odkrytym przez anonima czynnikiem higijenicznym, to jest z kahałem zapomnianéj pamięci.

Anonim, snać ugodzony w piętę Achillesową, dąsa się i chcąc być dowcipnym staje się złośliwym. Ależ gniew jest złym doradzcą w wyprawie rycerskiéj, mającéj na celu oswobodzenie grodu naszego od morowéj dziewicy, która chustką swoją już powiewa po za rogatkami miasta. Aby stać się godnym następcą Łukasza Drewny, potrzeba zimnéj rozwagi a nie gniewu, potrzeba krwawéj pracy, a nie programów i podkomisyj; prawda, że potrzeba jeszcze jednego warunku drobnego: dżumy, ale o nią mniejsza, bo anonim już ją odkrył; należało mu przeto nie spocząć przedwcześnie na wawrzynach, a burmistrzowstwo powietrzne byłoby się może znalazło. Zaprawdę mocno żałujemy, żeśmy się przyczynili do morderstwa (anonim wykrył nowy rodzaj zbrodni: zgładzenie komitetu dżumowego), należało owszem dać rozróść się komitetowi, a bylibyśmy się doczekali niezwykłego widowiska, że anonim razem z kahałem (którego wartość, jak się zdaje, i jako nie radca dobrze umie cenić) zbawiliby miasto choćby mimo jego woli. Wyznajemy ze skruchą, że skrzywdziliśmy anonima, a widząc jego żal niczém nie utulony gotowi jesteśmy nie być mu na przeszkodzie, gdyby zechciał na najbliższém po Świętach posiedzeniu Komisyi sanitarnéj urządzić sobie na nowo jakiś komitecik lub wystąpić z jakimś nowym programem, oczywiście afirmatywnym. O tyle możemy uspokoić i anonima i redakcyję, intymującą nadzwyczaj sympatycznie jego wypracowania, a jednak narażającą się na to, że pupil“ dość ostro wypowiada jéj prawdę.“

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków.** dn. 3 kwietnia. W dniu 8 b. m. Dr. Wiktor Szokalski nestor okulistów polskich w Warszawie obchodzi jubileusz 25-letniéj służby w zakładzie oftalmicznym. Okuliści warszawscy zamierzają oświadczyć uroczyście swoje życzenia i złożyć mu dowód swojego poważania i przywiązania. Mniemamy, że będziemy wyrazem wszystkich kolegów i czytelników naszego tygodnika, jeżeli przyłączymy się do tych życzeń serdecznych, złożyć się mających Mężowi, który koło piśmiennictwa naszego tak wielkie położył zasługi. Bodajby długie lata cieszył się zdrowiem fizycznėm i świeżością umysłu i długo jeszcze przyświecał jako wzór młodszemu pokoleniu!

* Z dniem 1 bm. szpital św. Ducha w Krakowie istnieć przestał i odtąd pozostanie już tylko zabytkiem historycznym. Dwa oddziały, które dotąd mieściły się w tym starym gmachu, a mianowicie chorych wenerycznych i obłąkanych, przeniosły się do nowych zabudowań szpitala św. Łazarza. Przy téj sposobności podajemy wyżéj pogląd statystyczny na ruch chorych na umyśle w zakładzie dotychczasowym z ostatnich lat 20.

* Dr. Henryk Kadyi, docent prywatny i asystent przy katedrze anatomii opisowéj, otrzymawszy stypendyjum Gałęzowskiego, wyjeżdża temi dniami na pół roku za granicę, celem kształcenia się w anatomii porównawczéj. Zabawi przez dłuższy czas w Jenie, gdzie pracować zamierza pod kierownictwem Häckla.

* Od Wydziału stowarzyszenia lekarzy rakuskich otrzymujemy zawiadomienie: że na prośbę Wydziału o uwolnienie lekarzy rezerwowych dotąd w Bośnii pozostających Ministerstwo wojny oświadczyło, że w ciągu miesiąca kwietnia rb. uwolnioną zostanie znaczna liczba tych lekarzy, gdyż ze względów wojskowych uwolnienie wszystkich w téj chwili jest niemożebném; takowe jednak nastąpi w najbliższym czasie, jeżeli nic nadzwyczajnego nie zajdzie.

* Według doniesienia korespondenta peszteńskiego *W. med. Presse* (Nr. 13) delegat węgierski Dr. Rozsahegyi w liście do jednego z tygodników lekarskich węgierskich pisanym donosi o *„Remedium prophylacticum contra pestem orientalem,“* którego przepis otrzymał od kolegi, nazywającego się „Hrabia Dr. Corvin Kraszinyszki Hugbert,“ wywodzącego swój ród od króla Macieja Korwina, a z którym poznał się w Moskwie. Przepis ten opiewa: Rp. Liq. arsenicalis Fowleri drachmam, Aq. melissae unciam MDS. Ter de die gutt. VIII—X. — Niewątpliwie jest tu mowa o środku ogłoszonym w Nrze 7 *Gazety Lekarskiéj* z rb. przez Dra Krasińskiego; rzecz tak prosta i nieszkodliwa przybrała więc aż znaczenie legendy, zanim doszła do stolicy węgierskiéj, a kto wie czy poczciwi węgrzy już przez wzgląd na wielkiego swego króla Korwina nie będą się zalewać nastojem Fowlera!

* Petersburskie *„Nowoje Wremja“* w korespondencyi z Wietlanki donoszą co następuje: Niedawno temu umarł nagle w Wietlance chłopczyk, a pomimo, że lekarz rosyjski Mamoszyn oświadczył, iż przyczyną jego śmierci było zapalenie płuc, kozacy mocno się przelękli i udali się do Dra Biesiadeckiego, jako jedynego lekarza, do którego mieli zaufanie, z prośbą, aby im szczerze podał przyczynę śmierci dziecięcia. Jakże wielkiém atoli było zdziwienie kozaków, gdy widzieli Dra Biesiadeckiego, przystępującego do obdukcyi zwłok dziecka, wśród licznego grona lekarzy rosyjskich i zagranicznych. „To Awstryjec — mówili kozacy — a Awstryjcy podobno i czarta się nie boją.“ Po ukończonéj sekcyi Dr. Biesiadecki oświadczył, że dziecko

umarło z dżumy, a równocześnie wziął serce zmarłego, a pokazawszy je przypatrującym się schował je do kieszeni swojéj. Wtedy kozacy przeżegnali się mówiąc: „Teraz widzimy, jacy to straszni ludzie ci Awstryjcy." — Lecz pocóż zabiera on ze sobą serce? pyta się kozaczka. — „Oczywiście, aby zawieźć je do Awstryi i pokazać tam, jak wygląda serce kozacze" — odpowiedział kozak. — (*W. med. Blätter* Nr. 14).

Ben trovato, nie ulega to wątpliwości. Ale dowodzi w każdym razie anegdotka ta, że ze wszystkich lekarzy delegowanych Biesiadecki wyrobił sobie stanowisko najbardziéj dominujące tak odwagą swoją nie tylko w obec choroby ale i w obec władz, jakoteż gorliwością w badaniu ludności, tak że w krótkim czasie stał się osobistością popularną nawet pomiędzy kozactwem.

* **Wiedeń.** Na posiedzeniu odbytém w d. 28 marca rb. Towarzystwo lekarskie obrało przewodniczącym swoim 129 głosami prof. Hebrę (kandydat przeciwny prof. Langer otrzymał 54 głosy; trzeci kandydat prof. Dumreicher usunięty został przez zamianowanie go prezesem honorowym).

* **Niemcy.** Dr. Knoll w Pradze czeskiéj nie przyjął ofiarowanéj sobie profesury kliniki lek. w Giessen, ponieważ rząd heski nie zgodził się na wybudowanie nowego zakładu. W Fryburgu habilitowali się: Dr. Scriba jako docent chirurgii, a Dr. Hack jako docent chirurgii krtani i chorób skórnych. — Dr. Maks. Fürbringer, prosektor w Heidelbergu, powołany został na prof. anatomii w Amsterdamie. (*D. m. W.*)

* **Francyja.** Prof. Leon Colin otrzymał nagrodę Lacaza, 10,000 franków wynoszącą, za najlepszą pracę o durze i suchotach płucnych. (*D. m. W.*)

* **Wiadomości osobowe.** W dn. 29 marca rb. otrzymali w uniw. Jagiell. stopień doktora wszech nauk lek. pp. Jan Gwiazdomorski rodem ze Lwowa, Józef Szpilman z Łańcuta i Wincenty Świątek z Piasków wielkich.

* **Nekrologija.** Stanisław Łuszczkiewicz, doktór medycyny, ozdobiony złotym krzyżem *Virtuti Militari*, ur. 1805 zmarł d. 22 lutego r. b. w Ceilhes Dept. Hérault w południowéj Francyi. Rok 1830 zastał zmarłego na 5 roku medycyny w uniwersytecie w Warszawie. Jako lekarz wojskowy pełnił służbę w korpusie Dwernickiego, w szpitalu w Zamościu, w bateryi Narzymskiego przy szturmie Warszawy, po upadku któréj razem z wojskiem udał się do Zakroczyma, ztamtąd do Prus i do Francyi. Otrzymawszy przeznaczenie do Montpellier, tam ukończył wydział lekarski i otrzymał dyplom doktora. W r. 1835 jako lekarz praktykujący osiadł w Ceilhes, gdzie ożeniony zostawił po sobie troje dzieci, z których Kaźmierz będący doktorem medycyny i akuszerem dziś praktykuje w Nimes. Zmarły obok ciężkiéj swojéj praktyki lekarskiéj nie zapomniał i o obowiązkach obywatelskich i pozostawił miłe po sobie wspomnienie. Za pielęgnowanie ubogich i usługi w czasie epidemii po dwakroć ozdobiony został medalem zasługi, składając zaś Rządowi wykazy statystyczne panujących chorób, miał ofiarowaną posadę lekarza rządowego, lecz téj nieprzyjął, niechcąc naturalizować się jako Francuz. Osamotniony po stracie żony, pośród obcych, większą połowę życia spędził na wychodztwie, nigdy o kraju niezapominając, choć w końcu z trudnością językiem ojczystym władał. *Sit ei terra levis!*

W Czerniowcach umarł d. 2 bm. zasłużony lekarz praktyczny Ozyjasz Wagner w 75 roku życia.

W Dreznie umarł Dr. Ludwik Reichenbach, prof. w akademii lekarsko-chirurg. w 86 roku życia. Zmarły zajmował się głównie zoologiją i botaniką, i napisał przeszło 200 rozpraw; dyrektorem ogrodu botanicznego był aż do śmierci swéj.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 13: Wygrzywalskiego: Z zapisek szpitalnych (c. d.); Zieleniewskiego: O ruchu i rozwoju Krynicy (c. d.); w *Medycynie* Nr. 13: Wł. Orłowskiego: Pęknięcie cewki moczowéj (dok.); prof. Dogiela: Drogi, jakiemi dostaje się do ustroju ludzkiego zaraza morowa i środki ją niszczące lub ochraniające od niéj; w *Dwutyg. med. publ.* Nr. 7: Oettingera: Dżuma w Europie w stuleciu bieżącém i przeszłém (c. d.); Janikowskiego: Śmierć płodu niedonoszonego podczas porodu.

Redakcyja otrzymała:

Dr. N. WICHERKIEWICZ. Pierwsze sprawozdanie zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu. Poznań 1879, in 8vo, 22.

Prof. E. HOFMANN. Über Kohlenoxyd-Vergiftung. Separatabdruck a. d. Mittheil. d. Wr. med. Doct. Coll. Wien 1879, in 8vo, s. 20.

Piśmiennictwo lekarskie. BERICHTE d. naturwissenschaftlich-medicinischen Vereines in Innsbruck. VII. Jahrg. 1876. 2 u. 3 Hft. gr. 8. Innsbruck. Wagner. M. 2.40.

BERMANN ISIDOR. Üb. die Zusammensetzung der Glandula submaxillaris aus verschiedenen Drüsenformen u. deren functionelle Structurveränderungen. Mit 2 lith. Taf. gr. 4, Würzburg. Staudinger. Mk. 7.

BINZ C. Grundzüge der Arzneimittellehre. 6 Aufl. 8. Berlin. Hirschwald. M. 6.

BLANCHET J. Cri d'alarme. Du Tabac au point de vue médical. In-12. Paris. Delahaye. Fr. 2.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Środę dnia 9go kwietnia o godz. 5 popołudniu w sali Akad. Umiej. posiedzenie, na którém: 1) Prof. Dr. Olszewski poda wynik rozbioru chemicznego dwóch zdrojów ze Słotwiny i dwóch zdrojów z Jastrzębika, 2) Dr. Skórczewski odczyta dokończenie rozprawy o kąpielach borowinowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują.
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 12 kwietnia 1879. № 15. Rok XVIII.

I. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurgicznego we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

b) Kazuistyka rozcięcia tchawicy w chorobach gruźliczych krtani i uwagi odpowiednie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14.)

Przypadek VII. Floryjan Potocki, 58 lat liczący, przeniesiony z oddziału chorób kiłowych na mój oddział w dniu 5 listopada 1878 choruje na chrypkę już od dłuższego czasu, w ostatnich czasach dostaje we śnie zadyszki, skoro mu zaschnie śluz w gardle. Obraz wziernikowy: mierny obrzęk więzadeł rzekomych, wyraźne owrzodzenie strun głosowych pokryte zaschniętym śluzem i ropą, obrzęk bocznych ścian krtani, a tem samém szpara głosowa dość znacznie zwężona. Wynik badania fizycznego płuc ujemny, tak że mogła nawet zachodzić wątpliwość ażali zboczenia w krtani są natury gruźliczéj lub kiłowéj; chory przebył bowiem w młodym wieku chorobę kiłową, z któréj niedokładną zdaje sprawę; obecnie niema żadnych śladów kiły na ciele. Kolega Rożański uznał chorobę za gruźliczą i według mego przekonania wszystko przemawiało za tém rozpoznaniem. Stan odżywienia chorego bardzo podupadły, atoli gorączki nie ma. Rozpoznano więc: *„Perichondritis thyreoidea et exulcerationes laryngis tuberculosae“*. Od 5/11 do 12/12 usiłowano chorego leczyć zachowawczo, a w dniu 12 grudnia wykonano tracheotomiję, a to nie z konieczności, lecz z następujących powodów: raz że chory dostawał w ostatnich dniach we śnie częstéj zadyszki, co go pozbawiało spoczynku; powtóre nie ulegało wątpliwości, że niepodobną jest rzeczą zapobiedz téj ewentualności, tj. tracheotomii, jakiemkolwiek leczeniem, wydalenie zaś chorego ze szpitala, zanimby ta konieczność była wystąpiła, było ryzykownem, gdyż zaduszenie mogło nagle nastąpić. Atoli przebieg po operacyi był niepomyślny: rana nie okazywała dążności do gojenia się; wystąpił stan gorączkowy. W 10 dniu po operacyi (22/12) chory umarł. Oględziny pośmiertne wykazały: *Ulcera tuberculosa laryngis subseq. perichondritide thyreoidea progressiva. Tuberculosis chronica pulmonum subseq. tuberculosi acuta. Infiltratio tuberculosa et suppuratio epididimitis sin. Ulcera tuberculosa vesicae urinariae; pyelo-nephritis suppurativa d., ulcera tuberculosa coeci, Marasmus universalis.*

Kazuistyka którą przytoczyłem różni się znacznie od wyniku, jaki osiągnął szan. kolega Sérkowski w swoich przypadkach. Możnaby jednak namienić, że i w mojéj niepomyślnéj kazuistyce znajdują się dwa przypadki, które pod względem skutku są podobne do obu przypadków opisanych przez kolegę Sérkowskiego. Przypatrzmy się im bliżéj. Pierwszy przypadek tyczący się choréj Cecylii Piotrowskiéj opisany został w mojéj rozprawce z r. 1875 jako *perichondritis tuberculosa (fortasse syphilitica).* Dziś po dokładném ocenieniu całego przebiegu choroby i uwzględnieniu zapisków z innych oddziałów, gdzie chora była leczoną, śmiało mogę zmienić powyższe rozpoznanie na: *perichondritis syphilitica (fortasse tuberculosa)* a nawet mógłbym ów dopisek zupełnie wypuścić. Chora miała wybitne przypady kiły, a mianowicie formy późniejszéj (ubyt podniebienia, stare blizny, gruczoły itd.); co się zaś tyczy stanu płuc, znajdujemy tylko w zapiskach oddziału chorób kiłowych zapisane podejrzenie gruźlicy, na oddziale chorób wewnętrznych zaś znajdujemy tylko rozpoznanie: *bronchitis* i *pneumonia*, a po przeniesieniu choréj na mój oddział skonstatowałem tylko ujemny wynik badania fizycznego płuc, natomiast stwierdziłem znaczne polepszenie choroby krtani. Każdy ktoby miał sposobność widzenia biegu chorób gruźliczych krtani (nieżytu, głębszych nacieków, wrzodów lub zapalenia ochrzęstny) wie, jak uporczywy bywa ich przebieg, jakkolwiek drożność krtani jest prawidłową, a tém samém niema tego szkodliwego czynnika, który szan. kolega Sérkowski, niewątpliwie całkiem racyjonalnie, podnosi do tak znacznéj godności w przypadkach zwężenia głośni. Jeżeli więc choroba miejscowa w tym przypadku już w kilka tygodni po laryngotomii bardzo znacznie się polepszyła, nie ulega wątpliwości, że istota

jéj nie była gruźliczą, lecz inną, a mianowicie w obec wybitnych śladów kiły na ciele, kiłową. Że tracheotomija tak pomyślnie wpłynęła na stan miejscowy, a leczenie przeciwkiłowe przedtém stósowane nie miało tego skutku, to odpowiada zupełnie doświadczeniu, któremu jako jeden z pierwszych Pitha dał wyraz, a które i kol. Sérkowski popiera doświadczeniem z kliniki s. p. Gilewskiego, że w zastarzałych zmianach kiłowych krtani czasem żaden sposób leczenia nie prowadzi do celu, i że takowe dopiero po tracheotomii goją się same przez się. Co do płuc nietrudno sobie wytłumaczyć przypady nieżytu pod wpływem zastarzałéj kiły, złych warunków dyjetetyczno-higijenicznych a nareszcie zwężenia głośni. Zresztą gdyby się nawet dały były stwierdzić wybitne ślady nacieku w płucach, możnaby takowy tłumaczyć jako gruźlicę następową, któréj doniosłość poniżéj ocenię, lub mógłby to być jeden z tego rodzaju przypadków, jaki miał miejsce w praktyce Maunoira *(Schmids Jahrb.* z r. 1875 s. 169) autor wykonał laryngotomiję z powodu zwężenia głośni; chora umarła, a oględziny pośmiertne wykazały oprócz choroby krtani natury kiłowéj także guzy w szczytach płuc, całkiem podobne do nacieków gruźliczych, które atoli pod drobnowidem okazały się jako guzy kiłowe rozpadające się, a makroskopijnie tworzące nawet jamy nakształt jam gruźliczych.

Czwarty mój przypadek tyczący się Franciszka Kalińskiego przebiegał także pomyślnie, albowiem chory żyje dotychczas jakkolwiek nosi ciągle rurkę. Podejrzenie i rozpoznanie „gruźlica“ powstało skutkiem złego stanu odżywienia chorego, skutkiem licznych rzężeń w płucach, stanu gorączkowego a nareszcie skutkiem oświadczenia żony, że lekarze już przed 8 laty uznali byli zapalenie płuc, które chory przebył za gruźlicze. Wypuk nie uprawnił takiego rozpoznania. Już po wyjściu chorego ze szpitala i niedawno temu badałem chorego dokładnie tak przedmiotowo jakotéż przez wywiady i skonstatowałem przedmiotowo prawidłowy stan płuc, a od chorego dowiedziałem się stanowczo, że nigdy w życiu prócz czasu zapalenia płuc, nie miewał ani kaszlu, ani gorączki, ani potów, ani bolów w klatce piersiowéj, że w rodzinie jego suchoty nie są dziedzicznemi, że ma syna 14-letniego zdrowego i fizycznie dobrze rozwiniętego. Jako przyczynę choroby krtani podaje on wyraźnie i dobitnie ową okoliczność, o któréj w kazuistycznym opisie wspomniałem. Na tych to podstawach jestem zniewolony sprostować własne rozpoznanie umieszczone w dzienniku i zapiskach oddziałowych co do gruźlicy płuc. Po odtrąceniu więc tych dwóch przypadków z pomyślnym wynikiem, pozostaje mi pięć, w których gruźlica została anatomicznie stwierdzoną.

Rzućmy teraz okiem na przypadki kolegi Sérkowskiego. Streszczę je w krótkości dla tych kolegów, którzy ich nie znają.

Przypadek pierwszy. Panna 18-letnia, córka księdza unickiego, pojawia się u kol. Sérkowskiego w listopadzie 1869 z chrypką od dwóch lat i dusznością od pewnego czasu trwającą, która w nocy potęguje się aż do bezdechu; od 2 lat kaszel, plwociny śluzowo-ropiaste, coraz większy upadek sił, poty nocne; nad szczytem płuca prawego wyraźne stłumienie sięgające aż do 3go żebra; rzężenia wilgotne słyszalne, zgrubienie więzadeł, zmniejszenie ich poruszalności, zaczerwienienie krtani i zwężenie szpary głosowéj; 5 grudnia laryngotomija, we dwa lata późniéj usunięcie rurki, w 7 lat po operacyi stan bardzo dobry, odżywienie doskonałe.

Przypadek drugi. Służąca 30-letnia, przyjęta do szpitala dnia 13 sierpnia 1874; od roku duszność, w piersiach nie można wykryć szczególnych zboczeń za pomocą badania fizycznego; więzadła głosowe zgrubiałe, zbliżone ku sobie, nieruchome; 14go sierpnia laryngotomija; wyzdrowiawszy z téj ostatniéj chora ciężko pracuje wśród słoty na kawałek chleba; rurka dożywotnia; 14 listopada 1876 śmierć skutkiem zapalnego nacieku w płucu prawém. Oględziny pośmiertne: w płucu prawém naciek szary miejscami stwardniały, miejscami rozmiękły; wśród nacieku dwie jamy wielkości orzecha tureckiego. W płucu lewém kilka skredowaciałych gruzełków. W krtani *perichondritis.*

Oba przypadki są bardzo umiejętnie opisane, a nadto pochodzą ze źródła wszystkim czytelnikom zbyt dobrze znanego z naukowéj swéj wartości, ażeby wolno było podciągnąć je pod krytykę bez należytéj podstawy. Nie w zamiarze więc odjęcia im naukowéj doniosłości, lecz tylko celem odsłonięcia jeszcze innéj strony naukowéj podobnych przypadków, któréj sam autor nie dotknął, niechaj mi wolno będzie zwrócić uwagę na pewną okoliczność. Zdarza się często, przynajmniéj ja miewam często sposobność widzenia, że się rozwija u osób młodych zresztą zupełnie zdrowych bez pewnéj przyczyny a czasem skutkiem zaziębienia, najprzód chrypka przez rok lub dwa lata trwająca, potém występuje zadyszka zwolna się wzmagająca, do któréj przystępują nocne napady bezdechu (skutkiem osadzania się i wysychania śluzu), a wziernikiem stwierdza się znaczne zwężenie szpary głosowéj, niezmienione lub zgrubiałe struny głosowe a poniżéj strun znaczne zbliżenie wzajemne bocznych ścian krtani skutkiem przewlekłych głębszych nacieków a w następstwie tego zwężenie światła krtani nakształt rury ciasnéj lub nakształt dwóch bocznych fałdów, jakby 3ciéj pary struny głosowéj. Zaznaczam z naciskiem, że moje doświadczenie w téj mierze, które będzie stanowić przedmiot odrębnéj rozprawki w dalszym ciągu moich Przyczynków kazuistycznych, tyczy się przeważnie osób młodych i zdrowych. U jednego chorego (Jan Terek) musiałem po całorocznem trwaniu choroby z powodu znacznéj zadyszki uskutecznić laryngotomiję, po kilku miesiącach wyjąłem mu rurkę i bez niéj obchodził się przez cały rok, poczém cały przebieg sprawy się odnowił, tak że powtórnie musiałem mu zrobić laryngotomiję. Od $^1/_2$ roku jest on u mnie na oddziale i stosuję u niego Schrötterowski sposób rozszerzania krtani; ani kiły, ani gruźlicy płuc nigdy nie miał i nie ma. W dwóch innych odnośnych przypadkach miałem sposobność rozbierania i sprawdzenia choroby anatomicznie. Otóż ośmielę się zapytać, czy w przypadkach kolegi Sérkowskiego nie istniał może następujący porządek i związek spraw chorobowych: W przypadku pierwszym: panienka zapada pierwotnie na chorobę krtaniową, o któréj właśnie wspomniałem, a opisany obraz wziernikowy tego przypadku odpowiada zupełnie obrazowi dopiero co przezemnie przytoczonemu; skutkiem długiego trwania choroby krtaniowéj, jakotéż skutkiem zwężenia głośni rozwija się u niéj nieżyt płuc, przewlekłe zapalenie zrazikowe z następnym przerostem tkanki śródmiąższowéj i częściowym zanikiem płuc, albo nawet ograniczona przewlekła gruźlica płuc; po uskutecznionéj zaś tracheotomii następuje polepszenie tak choroby krtaniowéj, jakotéż stanu płuc. W drugim przypadku: samoistna choroba krtani tego samego rodzaju; po laryngotomii chora jak sam autor namienia, pracuje śród najgorszych warunków, skutkiem tego rozwija się gruźlica płuc, najprzód w płucu lewem i kończy się skredowaceniem, późniéj przystępuje naciek w płucu prawém i śmierć. Że nie bez przyczyny podnoszę

możliwość tłumaczenia przebiegu w przypadkach kol. Sérkowskiego, wynika ztąd, że tak w teoryi, jakoteż i w praktyce, wielka zachodzi różnica co do przebiegu i ostatecznego wyniku między chorobami z takim porządkiem i następstwem, jak je przypuszcza kol. Sérkowski w swoich przypadkach, a porządkiem i następstwem przeciwnie tu namienionemi. Pouczają o tém najlepiéj przykłady z chirurgii *par excellence* i tak: mamy przed sobą dwóch chorych z próchnieniem kości, a u obu wszelkie wybitne cechy gruźlicy płuc; u obu uskutecznia się odjęcie odnogi: z tych jeden umiera śród objawów galopujących suchot płucnych, a drugi nie tylko odzyskuje zdrowie pod względem miejscowym, ale także polepsza się u niego stan płuc i całe odżywianie. U pierwszego próchnienie było wynikiem gruźlicy płuc, u drugiego gruźlica była następstwem próchnienia powstałego z jakiejś innéj przyczyny. Niech mi wolno będzie poprzeć ten ogólny szemat dwoma wybitnemi przykładami z praktyki szpitalnéj: Wiktoryja Klim, dziewczyna 23-letnia przybywa na oddział chirurgiczny w październiku 1876, z próchnieniem kości śródstopowych i stopowych u lewéj nogi; wypuk płuc u prawego szczytu wybitnie stłumiony na szerokość całéj dłoni, rzężenia wilgotne, wydech oskrzelowy; odżywienie bardzo nędzne, poty, wieczorna gorączka; dwukrotny krwotok: *resectio partialis tarsi et metatarsi*; w grudniu wypuszczam chorą z przetoką na nodze, a w r. 1878 zjawia się chora u mnie w godzinie ordynacyjnéj i przedstawia norę przetokową na nodze zupełnie wygojoną i zabliźnioną, chora używa nogi dobrze, stan odżywienia do niepoznania poprawiony. Drugi przykład: Al. Rojek, lat 30 liczący, leczony na moim oddziale od 30/11 1877 do 17/4 1878. *Caries oss. metat. hallucis et phalangis I. ejusdem digiti*; w płucach naciek; chory datuje chorobę płuc od kilku lat a chorobę nogi od ½ roku niby skutkiem froterowania podłogi. *Enucleatio phal. cariosae et resectio partialis oss. metatarsi hallucis; subseq. enucleatione totius oss. metatarsi*, następowe podwyższenie gorączki; krwotok, obfite poty, upadek sił, w ranie ani śladu dążności gojenia; odesłany na wieś bez nadziei. Stósując tego rodzaju doświadczenia do krtani, należy dobrze rozróżnić chorobę krtani pierwotną z następową lub równorzędną gruźlicą płuc, od przypadków istotnéj gruźlicy krtani na podstawie gruźlicy płuc pierwotnéj. Co do mnie zaliczam się do tych, którzy wierzą w gruźlicę krtani u dorosłych li na podstawie gruźlicy płuc, atoli zaznaczam, że pierwsza może być tak dalece na pierwszy plan wysuniętą, że gruźlica płuc, która i tak nie koniecznie może być skonstatowaną, zostaje jakby ukrytą. Pomięszanie i różnicę zdań o doniosłości gruźlicy krtani i jéj stosunku do gruźlicy płuc tłumaczę sobie w ten sposób, że rozpoznanie gruźlicy krtani niestety zbyt często w praktyce bywa za mało skrupulatne, że więc nieraz mięszamy zwykłe nieżytowe zmiany z gruźliczemi, jeżeli tylko powód choroby nie jest dość wybitny. Mój pesymizm pod względem gruźlicy krtani opiera się na licznem a bardzo niepomyślnem doświadczeniu w dziedzinie tych chorób. W całéj mojéj praktyce znam tylko jeden przypadek wybitnéj gruźlicy krtani przy dość zamaskowanéj chorobie płucowéj, który znajduje się obecnie w okresie pozornego wygojenia; mam go ciągle w obserwacyi w pewnych odstępach czasu i niedowierzam ażeby to wygojenie miało być trwałe! Co się zaś tyczy tych przypadków, w których choroba krtani wywołała zwężenie głośni i czyniła potrzebną laryngotomiję, doświadczenie moje w téj mierze, jak wynika z powyższéj kazuistyki, jest smutném. Wszyscy chorzy poumierali w okresie przyrannym, to jest przed względnem zagojeniem rany na szyi. Jaki więc ztąd wniosek: Nieoperować? Daleki jestem od takiego twierdzenia. Według mego zapatrywania w przypadkach gwałtownego zaduszania skutkiem zwężenia głośni nie ma absolutnego przeciwwskazania co do laryngotomii, chyba tylko utylitarne, tak jak wskazanym jest obowiązek każdemu człowiekowi, aby o ile to uskutecznić może, przeciął powróz u szyi wisielca z wyjątkiem skazańców! Tylko jedno pytanie może tu być wzięte pod rozwagę: Czy nie byłoby lepiéj zastąpić laryngotomiję w takich przypadkach innym rękoczynem niekrwawym, a mianowicie kateteryzowaniem krtani za pomocą rurek Schrötterowskich? Mojém zdaniem rzecz ta godna próby, i ewentualnie nie uchylę się od niéj. Przeciw wczesnemu operowaniu w myśl szan. kolegi Sérkowskiego, a mianowicie w okresie, w którym w przypadkach wywołanych inną chorobą operacyja jeszcze nie jest naglące wskazaną, przemawia stanowczo moja kazuistyka. Na podstawie onéj, jakoteż na podstawie podobnych doświadczeń datujących się od najdawniejszych czasów, (przypominam stanowisko chirurga względem przetoki rzyci u osób z gruźlicą płuc i t. p.), widzę się zmuszonym oświadczyć się przeciw takiemu postępowaniu, albowiem częściéj się ściągnie na siebie i na rękoczyn narzekanie aniżeli uznanie, oto wzgląd utylitarny; a wzgląd racyjonalny: rany u takich osób nie goją się prawidłowo, wywołują podniesienie gorączki i przyśpieszenie sprawy chorobowéj w płucach. Nie wątpię zaś, że wśród doświadczeń niepomyślnych można się doczekać raz i szczęśliwego wyniku! A zatem radzę: w zwężeniach głośni na podstawie gruźliczéj choroby krtani ograniczać się do laryngotomii, jako *indicatio vitalis*, a nie kusić się o nią jako *indicatio morbi*.

W téj mierze atoli byłaby pożądaną obszerniejsza dyskusyja, w któréj powinni wziąć udział wszyscy koledzy, którzy mają doświadczenie w tym kierunku, albowiem kwestyja poruszona przez kol. Sérkowskiego jest mojém zdaniem bardzo ważną i doniosłą, za co mu się należy uznanie, a kazuistyka jego i moja jest jeszcze za szczupłą, ażeby w téj mierze wydać sąd rozstrzygający.

II. Stanowisko lekarzy prostytucyjnych w obec nauki.

Napisał Dr. **Ż. Krówczyński** we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14.)

Zastosujmy to obecnie w praktyce i spytajmy się, ile prostytutek można znaleść, któreby nie cierpiały na zboczenia chorobowe pochwy lub macicy, ile nierządnic nie przebyło kiły. Kto mieczem wojuje, od miecza ginie, a zatrudnienie względnie rzemiosło prostytutki prowadzi nieodzownie do wspomnionych zboczeń i na nie bezwarunkowo naraża. Spostrzeżenia przytoczone mogłyby zresztą wytłumaczyć fakt nie jednokrotnie i przez najsumienniejszych badaczy stwierdzony, że kobieta może i wówczas zarażać, gdy nie ma żadnych widocznych zmian kiłowych. Niepotrzebuję zresztą powtarzać za autorami, w jaki sposób to się dzieje i wykazywać, że teoryja zapalenia Cohnheima potwierdza możliwość przenoszenia przyrzutu kiłowego za pośrednictwem tworów zapalnych, ale ograniczam się do stwierdzenia faktu. To co w danéj chwili przytoczyłem na poparcie twierdzeń przenoszenia kiły za pośrednictwem wydzieliny wiewiórowéj, da się zastosować

równém prawém do wielu, jeżeli nie powiem do każdéj wydzieliny patologicznéj, która w ciałka ropne, względnie ciałka białe krwi obfituje, a to nam niewątpliwie bardzo zwiększy ilość sposobów, jakiemi kiła na organizm zdrowy przez spółkowanie przenieść się może.

Dotąd mówiłem o chorobach wenerycznych przy spółkowaniu przenieść się mogących i powinienbym dla całości wykazać, że to samo odnosi się również do chorób skórnych. I tutaj nie rozporządza nauka pewnikami i lekarze w zapatrywaniach co do zaraźliwości chorób skórnych bardzo się różnią, ponieważ jednak bliższy rozbiór zaraźliwości chorób skórnych wydaje mi się zbytecznym, wybaczy czytelnik, że tym razem tę kwestyję pominę. Przezto założenie rozprawki nic nie ucierpi, bo kwestyja zaraźliwości kiły sama wystarcza do udowodnienia, że stanowisko lekarzy prostytucyjnych jest bardzo trudne w obec teraźniejszego stanu nauki. Z téj to przyczyny pominąłem też wszystkie choroby weneryczne, a mówiłem tylko o wiewiórze, wrzodzie miękkim i pierwotnym objawie kiły, niechcąc zbyt rozwlekać jasnéj jak sądzę sprawy.

Zastanawiając się nad względném pojęciem zaraźliwości szukałem opinii w innych instrukcyjach, czy one nie oznaczają postępowania lekarza, i nigdzie nie znalazłem ścisłego określenia; a nie mówię już o określeniu odpowiadającém dzisiejszemu stanowisku nauki. Jak dalece zaś autorowie w téj kwestyi postępują dowolnie, wskazują słowa Venota, który chciałby, aby tylko kobiety ze zmianami kiłowemi poruczano szpitalom do leczenia, a wszystkie inne cierpienia weneryczne nieuznawano za kwalifikujące kobietę do szpitala. Jak dalece szkodliwém byłoby postępowanie lek. prostyt. w myśl Venota, nie będę rozbierał, a przytoczyłem jego zapatrywanie na poparcie potrzeby ścisłego określenia zaraźliwości.

Znacznie ściśléj określa tę kwestyję Garin, który mówi: Lekarze powinni odsyłać do szpitala każdą kobietę dotkniętą cierpieniem o wydzielinie ropno-śluzowéj i ropnéj, bez względu na teoretyczne zapatrywania. Mojém zdaniem określenie Garina jakkolwiek mniéj dowolne, aniżeli powyżéj przytoczone Venota, nie może i nie powinno zadowolić tych, którzy złe wynikające z nierządu do możliwego minimum doprowadziéby pragnęli. Najzupełniéj podzielam zdanie Garina, że lekarze prostyt. teoretycznemi wymysłami w swych czynnościach kierować się nie powinni, ale właśnie dlatego powinno się ściśle określić pojęcie zaraźliwości, a właściwie oznaczyć, kiedy i jaka choroba wymaga oddzielenia z pośród zdrowych. Jeżeli dotąd w instrukcyjach nie znajdujemy takiego określenia, to pochodzi zdaje mi się z téj przyczyny, że układający regulaminy znali dokładnie trudności, jakie ścisłe określenie nastręcza; ta trudność jednak zdaje mi się nie powinna stanąć na przeszkodzie próbom ścisłego określenia. Ani na chwilę nie przypuszczam, aby dzisiaj można tak uregulować postępowanie lekarza prostyt., aby ono powstrzymało wszelkie choroby z prostytucyi wynikające, ale postępem należałoby nazwać i zapewne byłoby już wielką korzyścią, gdyby przez unormowanie zmniejszono procent zapadających skutkiem nierządu na choroby zaraźliwe tak płciowe jakoteż skórne; co mojém zdaniem osiągnąć można właśnie przez ściślejsze określenie istoty zaraźliwości względnie wyliczenia chorób.

Najsilniejszym zarzutem przeciwko ścisłemu określaniu jest to, że nauka postępuje, a więc określenie, któreby dzisiaj odpowiadało ostatnim wymaganiom nauki, jutro może nie wystarczać; stąd wynika ciągła zmiana w określaniu odpowiednich zmianom postulatów naukowych. Nauka jednak tak raźno nie postępuje, abyśmy nie mogli z zmianami podążyć w jéj ślady, zresztą gdyby nawet częste zmiany były niezbędne, to zdaje mi się, że one tak samo byłyby chwalebną i pożądaną rzeczą, jak zmiana praw na lepsze wskazuje prawdziwy postęp. Przedewszystkiém jednak należy mieć cel na uwadze, a jeżeli cel ten rzeczywiście osiągnąć można, natenczas nic nie powinno powstrzymywać od dopięcia onego. Z drugiéj strony nie trudnoby wykazać, że pozorny zarzut, jaki powyżéj przeciwko ścisłemu określeniu zaraźliwości przytoczyłem, jest argumentem właśnie za témże określeniem przemawiającym. Od kogóż bowiem mamy większe prawo żądać ścisłych pojęć, czy od rozkazującego, czy od wykonywającego? Niechcę jednak przez to bynajmniéj uchybiać autorom instrukcyi wydanéj dla naszego kraju, o któréj śmiało powiedzieć można, że jest bardzo sumiennie wypracowaną, nie mam nawet na myśli zmiany instrukcyi, właśnie dlatego że wydaje mi się być bardzo dobrą, mojém żądaniem bowiem jest rodzaj komentarza do §. 9 instrukcyi dla lekarza policyjnego, coś w rodzaju tego w co każdy paragraf ustawy prawnéj obfituje. Ponieważ mojém zdaniem wypracowanie takiego komentarza ze stanowiska nauki jest rzeczą możliwą, a w zastosowaniu powinnoby się okazać praktycznėm i korzystném, zachodzi pytanie, czy komentarz jest w ogóle potrzebnym. Zapewne, że godziłoby się wykazać, iż komentarz byłby rzeczą praktyczną, a przedewszystkiém udowodnić, że rzeczywiście zastosowywany odpowiednio umniejszałby liczbę chorych; ponieważ jednak o tym przedmiocie chciałbym szerzéj pomówić, a ram obecnéj rozprawki nie mogę zbytnio rozszerzać, przeto nie będę przytaczał przykładów na poparcie praktyczności komentarza, tém bardziéj, że każdy czytelnik łatwo sobie takowe utworzyć może.

Jeżeliby lekarza obowiązkiem było znać najnowsze wyniki badań i gdyby spełnianie tego obowiązku było zawsze i wszędzie możliwe, nie potrzebaby wcale komentarza; odpowiedź nasza wypadnie jednak inaczéj, gdy przypomnimy sobie, że lekarzami policyjnymi według tejże saméj instrukcyi są lekarze miejscy w miastach drugorzędnych, od których nie mamy prawa żądać rzeczy niepodobnych. Nie będę rozwodził się nad stanowiskiem materyjalném tychże lekarzy, które jak każdemu wiadomo bardzo wiele pozostawia do życzenia, ani nie będę się silił nad ugrupowaniem dowodów, że lekarz policyjny nie może być wszechwiedzącym, a tém samém najróżnorodniejszym obowiązkom godnie podołać nie jest w stanie, ale usprawiedliwionėm zdaje się być moje żądanie ułatwienia lekarzom policyjnym ich trudnego zadania, a szczególnie lekarzom, którzy czuwają nad prostytucyją w miastach drugorzędnych w naszym kraju.

Może po tém, co dotąd zebrałem, mam prawo twierdzić, że ani sumienność lekarzy, ani najskrzętniejsze badania, ani niezbędna znajomość najnowszych odkryć nie wystarczają, lecz koniecznėm jest ściśle określenie kwestyi, co przez chorobę zaraźliwą płciową lub skórną przy spółkowaniu udzielić się mogącą, rozumieć należy.

III. Oceny i sprawozdania.

Narkiewicz-Jodko: **Siódme sprawozdanie lekarskie z Instytutu oftalmicznego Edwarda księcia Lubomirskiego za rok 1877.** Warszawa 1878. Odbicie z Gaz. Lek. stron 8.

W r. 1877 doszedł instytut okulistyczny, jak sam autor twierdzi, do punktu kulminacyjnego swojego rozwoju. Świadczą o têm wymownie liczby, których wysokość stawia zakład warszawski obok największych zakładów okulistycznych zachodu. Leczono w ogóle 3890 chorych, z których 640 osób, z przeciętną ilością 32·6 dni pobytu leżało na salach instytutu, wliczając w to już wojskowych i zdrowych (14), którzy towarzyszyli chorym, a w ambulatoryjum 3250. Udzielono 17,488 konsultacyj. Większych operacyj wykonano 328, a to z rezultatem dodatnim w 92·7%, z połowiczym w 5·2%, bez skutku w 2·1%. Jeżeli porównamy daty statystyczne z roku 1877 z datami roku 1871 tego samego zakładu, to się okaże, że ilość ogólna chorych o 1492 się powiększyła, a ilość operacyj prawie potroiła.

Korzystnym warunkom higijenicznym zakładu imienia księcia E. Lubomirskiego, szanowny autor przypisuje dobre rezultaty lecznicze, które osiągnął. Rezultaty te są istotnie bardzo dobre. Na 87 zaćm osiągnął po operacyi bystrość wzroku = i $> \frac{1}{10}$ w 82 przypadkach t. j. 94·2%; S = i $> \frac{1}{200}$ w 2 przypadkach t. j. 2·3% (autor mylnie podaje 2·5%); S = 1/∞ lub = 0 w 3 przypadkach tj. 3·45% (autor podaje 2·5% myląc się znów o 0·95% czyli prawie o cały 1%.

Doniosłość tych pomyłek w obliczeniu odsetek jest têm znaczniejszą, że autor porównywa odsetki strat swoich z odsetkami sześciu większych klinik okulistycznych (przytaczając daty z *Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie für das Jahr 1875.*) i przychodzi do wniosku, że jego „straty są od strat każdego z wymienionych zakładów o ½ mniejsze czyli że ma 2 razy lepsze rezultaty leczenia“. W rzeczywistości zaś stracił Wecker w Paryżu na 48 operacyj 2 oczy, co wynosi 4·17%, ja zaś na 47 również 2, czyli 4·26%; szanowny autor, który na prawdę stracił 3·45% ma więc w porównaniu z Weckerem 0·72%, w porównaniu ze mną 0·81% mniejszą stratę, czyli mówiąc innemi słowy nie dwa razy, ale od Weckera mniéj więcéj o ⅕, odemnie mniéj niż o ¼ lepsze rezultaty leczenia. Daléj mówi autor: „porównywając nasze cyfry z przeciętną ze wszystkich zakładów widzimy, że w każdéj pozycyi mamy rezultaty lepsze, w pozycyi zaś strat 3 razy lepszy stosunek“, autor zaś mógłby, odnosząc się do zestawienia sześciu zakładów, które przytacza powiedzieć tylko, że w pozycyi strat ma „prawie“ dwa razy lepszy rezultat. (Jodko ma 3·45%, sześć zakładów zaś których rezultaty zestawia mają przeciętną 6·4% straty.)

Żałować należy, że autor już teraz nie zestawił większéj ilości swoich operacyj, przynajmniéj od r. 1871, odkąd ogłasza sprawozdania z zakładu okulistycznego imienia ks. E. Lubomirskiego. Wnioski ztąd wysnute odnosiłyby się do większéj ilości operacyj, byłyby więc mniéj zależne od przypadku. W każdym zakładzie są co do rezultatów lepsze i gorsze lata, a nawet ilość paruset operacyj nie uprawnia jeszcze do wydania stanowczego sądu. Mooren pisze w téj mierze: „Jeżeli zestawię wyniki moich operacyj sposobem Graefego, to pokazuje się, że odsetka strat była w różnych czasach nadzwyczaj różną. W ciągu jednego półrocza osiągnąłem raz wynik, który wyrażała strata niespełna 3%, podczas kiedy w innym okresie czasu strata przechodziła 7·5%. Fakta te dowodzą, że tylko kolosalne liczby uprawniają do stanowczych wniosków. Po wykonaniu blisko 1500 operacyj sposobem Graefego oznaczyć mogę stratę na 6 do 6½%“. Z protokułów kliniki okulistycznéj Uniw. Jagiel. przekonać się można, że z szeregu 95 zaćm operowanych po sobie sposobem Graefego, żadnego oka nie straciłem, a przecież nie przejdzie mi nawet przez myśl utrzymywać, że „żaden inny publiczny zakład lepszemi rezultatami poszczycić się nie potrafi“.

Nieprzecząc nakoniec bardzo wielkiéj doniosłości korzystnych warunków higijenicznych zakładu ks. E. Lubomirskiego, sądzę przecież, że szanowny kolega za daleko skromność posuwa, przypisując im zbyt wielki, sobie zaś zbyt mały wpływ na dobre rezultaty operacyjne. Na doniosłość warunków higijenicznych zwrócił już uwagę Graefe *(Arch. f. Ophth. XI. 49.)* a znaczenie tychże bardzo stanowczo podniósł Knapp w roku 1864. *(Jahresbericht. Heidelberg 1865. 7.)* Mimoto najważniejszą zawsze rzeczą pozostanie nienaganne wykonanie operacyi, a dowodzi tego między innemi i ta okoliczność, że ten sam operator operujący w tym samym zakładzie dochodzi z czasem w miarę coraz to większéj wprawy do coraz lepszych rezultatów. (Zob. Knappa pierwszych 300 operacyj. *Graefe et Saemisch, Becker* t. V. p. 406.) Ze zestawienia operacyj Arlta (tamże t. III. p. 318) okazuje się, że ten znakomity operator z 541 óczu operowanych sposobem Graefego w pierwszych czterech latach stracił 42 oczy czyli 7·76%, z 534 zaś operowanych w następnych czterech latach tylko 19 tj. 3·56%. Téj tak znacznéj różnicy, bo wynoszącéj więcéj niż połowę pierwotnych strat niepodobna przypisać niczemu innemu, jak coraz większéj wprawie, bo stosunki higijeniczne były przez całe ośm lat jednakowe. Przeglądając daléj zestawienie operacyj Arlta znachodzimy, że straty jego wynoszące w 1871 roku 3·23% zmniejszają się w 1872 roku na 2.86%, a w 1873 roku wreszcie do minimalnéj liczby 0·91%, co jasno dowodzi, że nawet najgorsze warunki higijeniczne z jakich klinika wiedeńska słynie, nie mogą mieć na wynik operacyj zaćmy tak przeważnego wpływu, jak Dr. Jodko sądzi.

Z właśnie co przytoczonych strat Arlta poniesionych w ostatnich trzech latach, a wynoszących 10 óczu na 405 operacyj czyli niespełna 2·47% przekonać się może szanowny Kolega, że są zakłady, które mimo bardzo złych warunków higijenicznych „poszczycić się potrafią lepszemi rezultatami leczenia“. *Prof. Dr. Rydel.*

Dr. R. Emmerich: **Die Einwirkung verunreinigten Wassers auf die Gesundheit.** (*Zeitschrift für Biologie* T. XIV. 1878). Sprawozdanie Dra J. Buszka.

Kwestyja co do szkodliwości i w ogóle skutków picia wody zanieczyszczonéj istotami kloacznemi, należy niezaprzecznie do najżywotniejszych; a przywykliśmy tak dalece zwalać przyczynę powstawania i szerzenia się niektórych chorób zakaźnych, przedewszystkiém duru brzusznego, na wodę do picia, że pewnie każdego zajmie przedstawienie wyników badania jakie w tym kierunku w najnowszych czasach poczyniono, ile że one zmieniają nasze dotychczasowe zapatrywania.

Spostrzeżenia Pettenkofera, Porta, Cuninghama, Lewisa itd. przemawiają z największém prawdopodobieństwem za tém, że woda do picia nie ma żadnego, albo tylko bardzo podrzędne znaczenie w powstawaniu i szerzeniu się epidemij. Pettenkofer wykazał, że w bardzo wielu przypadkach, gdzie dowodzono takiego znaczenia w chorobach zakaźnych, brak jest naukowéj ścisłości. Badania zaś jego, Buhla i innych przekonały, że inne wpływy a mianowicie pewne stosunki meteorologiczne i zachowanie się gruntu zanieczyszczonego istotami rozkładowemi, gnilnemi, obwiniać należy jako przyczynę epidemii.

Dr. Emmerich przeprowadził szereg doświadczeń z wodą przekroploną kloaczną, surową i przegotowaną, studzienną bardzo zanieczyszczoną i z wodą czerpaną z potoku monachijskiego, do którego wpływają odchody kloaczne, już to wstrzykując takową królikom pod skórę, jużto podając ją sobie i osobom chorym do picia. Autor zastanawiając się nad pytaniem, co właściwie działa trująco w wodzie kloacznéj, wyklucza połączenia nieorganiczne, a za jedyny trujący pierwiastek uważa zawarty w niéj jad gnilny. W wodzie kloacznéj zawarte sole potasowe i amonowe i połączenia kwasu siarkowodowego, nie biorą udziału w wywoływaniu objawów chorobowych, a tém mniéj śmierci. Autor bowiem znalazł zaledwie ślad kwasu siarkowodowego, który jest bez wpływu na ustrój zwierzęcy, gdyż Weber wykazał, że królik po wstrzyknięciu 0.05 grm. wody nasyconéj kwasem siarkowodowym po kurczach i lekkiéj biegunce wracał wkrótce do zdrowia. Sposobem Franklanda i Armstronga znalazł E. w litrze wody około 15 mg. amonijaku, podczas gdy kanały angielskie zawierają go 54—67 mg. Dlatego płyn E. zawierał prawie obojętną ilość amonijaku, gdyż można królikom ważącym 1200—1500 g. zastrzyknąć wprost do krwi $^4/_5$—$1\,^1/_2$ g. amonijaku i nie zabić ich, a ilość wstrzyknięta przez E. nie zawierała nawet 1 mg. NH_3 Zresztą króliki zatrute amonijakiem, jak dowiódł Rosenstein, tracą zupełnie pobudliwośc odruchową, podczas gdy po wstrzyknięciu cieczy kałowéj takowa stanowczo podniecona zostaje. I sole potasowe są w takiéj ilości, że nie mogą zabić zwierzęcia, gdyby bowiem pozostałość po 500 sześć. cent. cieczy kloacznéj wyciągnięto za pomocą wody, toby się do niéj dostało 0.26 g. soli; gdyby te 0.26 g. były to same chlorki potasowców, to nie wystarczyłyby do zabicia królika, ponieważ według Bungego potrzeba przynajmniéj 1.0—1.5 g. chlorku potasowego zastrzyknąć zwierzęciu pod skórę, aby je zabić. Pozostaje więc tylko jad gnilny jako pierwiastek trujący wód zanieczyszczonych odchodami kloacznemi, pierwiastek zaś ten jest prawdopodobnie uorganizowanym, o czém wnosić można z doświadczenia Sandersona, w którém jad gnilny nie przenikał przez walce gliniane razem z innemi solami. Dalszy dowód na powyższe twierdzenie mamy także i w téj okoliczności, że woda kloaczna przegotowana i wyciąg jéj wodny sprowadzają podobne skutki jak i inne wyciągi gnilne. Półgodzinne gotowanie wprawdzie nie niszczy jadu gnilnego, ale bardzo znacznie go osłabia. Według Panuma ma się jad gnilny po jedynastogodzinném gotowaniu zmniejszać o $^1/_5$—$^1/_6$ nasilenia, podczas gdy według Kehrera działanie trujące płynów gnilnych niszczy się przez $^1/_4$—$^1/_2$ godzinne gotowanie. W wodzie kloacznéj prędzéj się niszczy jad przy gotowaniu, niż w płynach wyciągowych, np. z gnijącego mięsa, z powodu, że jest rzedszy czyli więcéj rozcieńczony. Według Naegelego giną schizomicety w pewnym czasie przy ciepłocie 30—100° C. Przez odparowanie wody kloacznéj w łaźni parowéj i wysuszenie pozostałości przy 100° C. nie tylko się nie niszczy jadu gnilnego, ale przeciwnie działanie jego się potęguje, bo jest w większém nasyceniu. Naegeli wykazał, że grzybki potrzebują w stanie suchym wyższéj ciepłoty do zaginienia, niżli w wilgotnym.

Pomimo twierdzenia Bergmanna, że woda czysta wstrzyknięta królikowi sprowadza te same skutki co woda kloaczna i że wstrzyknięcie płynów gnilnych pod skórę nie sprowadza makroskopijnych zmian w przewodzie pokarmowym, wykazały badania E. uderzającą różnicę tak w ciepłocie jak i w zmianach patologiczno-anatomicznych. Małe ilości wody przekroplonéj albo czystéj słonéj sprowadzają wprawdzie często podwyższenie ciepłoty, jednak nie dłużéj nad $1\,^1/_2$ godziny trwające i zaledwie o 1° C. po płynie zaś kloacznym nastaje podniesienie ciepłoty o wiele wyższe i kilka godzin trwające. Wielkie ilości wody przekroplonéj wstrzyknięte pod skórę obniżają ciepłotę stopniowo aż do śmierci. I woda kloaczna to czyni, lecz śmierć po niéj następuje prędzéj i wśród zupełnie innych objawów. Po wstrzyknięciu wielkiéj ilości wody giną zwierzęta zawsze z moczenia krwawego, z powodu rozpuszczenia się wielkiéj ilości ciałek krwi. Najważniejszemi objawami przedśmiertnemi są: śpiączka przerywana, a potém przyspieszone oddychanie. Przeciwnie po wstrzyknięciu płynu gnilnego nastają zawsze kurcze, a potém tężec, szczególniéj mięśni oddechowych i krtani. Zwierzęta po wstrzyknięciu wody czystéj dają się poruszać w stanie śpiączki bez odruchów a po wstrzyknięciu płynów gnilnych lada poruszenie zwierzęcia wznieca silne drgawki. Źrenice po wstrzyknięciu wody czystéj były rozszerzone, po płynie gnilnym zwężone. Po wstrzyknięciu wody czystéj mózg bywa niedokrewny, po wstrzyknięciu wody kloacznéj przekrwiony. W pierwszym przypadku nie ma także zmian cechujących w kiszkach, w drugim przeciwnie bywają często małe wynaczynionki, a głównie w nerkach.

Wszyscy badacze zgadzają się na to, że nierównie więcéj płynu gnilnego można wprowadzić do żołądka bez istotnego nadwerężenia zdrowia, aniżeli w żyły lub tkankę podskórną. Ta nieczułość żołądka zależy zapewne w części od soku żołądkowego, a głównie od tego, że grzybki nie przenikają błony śluzowéj a żółć osłabia ich energiję. Bardzo prawdopodobném się wydaje, że jad gnilny jest alkaloidem albo do alkaloidów podobnym. Oczywista, że działanie na zwierzę i na człowieka musi być odmienne, lecz w tłumaczeniu pewnych zjawisk u człowieka musimy się trzymać pewnéj analogii w działaniu na ustrój zwierzęcia, a głównie co do działania wody zanieczyszczonéj. Niektóre alkaloidy działają na zwierzęta słabiéj, niż na człowieka, przedewszystkiém morfin, którego 20—40 razy więcéj znosi pies aniżeli człowiek. Strychninu zaś zniesie człowiek o równym ciężarze 2 razy więcéj niż zwierzę. Przypuściwszy, że jad gnilny zachowuje się względem człowieka jak morfin, albo nawet że 2—3 razy silniej działa na człowieka od morfinu, to i w takim razie ilość istót gnilnych w zanieczyszczonéj wodzie studziennéj lub rzecznéj jest zanadto małą, aby dawka jéj jednorazowa mogła sprowadzić u człowieka chorobę. Jeżeli bowiem wielka ilość wody (np. królikowi ważącemu 1500 g. co 3 godziny po 150 c. sześć. a człowiekowi o ciężarze 70000 g. możnaby przez analogiję podać 7000 c. sześć.) nie sprowadziła u królika żadnych objawów chorobowych, to możemy śmiało przypuścić, że woda kloaczna 100 razy rozcieńczona dla człowieka nie może być szkodliwą. (Dok. nast.)

Dr. Ogston młodszy (w Aberdeen): **Otrucie wodnikiem chloralu i sposób wykrycia.**

Człowiek, który przyzwyczajony był używać wodnika chloralu, znaleziony został bez życia na polu. W 36 godzin po śmierci uskuteczniono sekcyję, która wykazała: Zatoki żylne napełnione krwią ściętą, pajęczówka obrzękła, w komórkach bocznych dużo surowicy, gardziel ściągnięty nieco, pomarszczony a błona śluzowa rozmiękczona; nastrzykanie naczyń na błonie śl. tchawicy, obrzęk nagłośni, płuca obrzękłe i przekrwione, prawa połowa serca zawierała 10, a lewa 3 uncyje krwi czarnéj, smolastéj, po części płynnéj, barwy ciemniejszéj nieco aniżeli po otruciu CO_2, wątroba i nerki obfite w krew, żołądek przedstawiał objawy zadrażnienia, w jelitach nie było zmian. — Gdy próba za pomocą potasu żrącego niedopisała, O. użył siarczku amonu; takowy dodany do roczynu wodnika chloralu nadaje w krótkim czasie płynowi bezbarwnemu barwę pomarańczową, przyczém płyn pozostaje czystym; jeżeli takowy stoi przez czas jakiś, barwa brunatnieje i ukazuje się zamglenie, przyczém opada osad brunatny, bezpostaciowy, który składa się ze siarki i rozwija gaz smrodliwy w znacznéj ilości. Takiéj reakcyi ze siarczkiem amonu nie daje ani chloroform, ani benzol, nafta, ani kwas mrówkowy itd.; tylko antymon zabarwia się pomarańczowo po dodaniu tego odczynnika; po dodaniu atoli kilku kropel kwasu powstaje osad pomarańczowy, przy obecności zaś wodnika chloralu strąca się osad białawy siarki, który powoli brunatnieje, podczas ,gdy pierwszy pozostaje niezmiennym. *(Viertelj. f. gerichtl. Med. 1879, April,* str. 268—273). *L. B.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VI. z dnia 18go marca 1879 roku.

Przewodniczący kol. Sciborowski. Obecnych członków 13 i jeden członek korespondent.

1) Przewodniczący składa do biblioteki towarzystwa rozprawy nadesłane przez członków, mianowicie: Dra Bazylego Wolana „Zur Geschichte und Entwickelung des öff. allg. Krankenhauses in Czernowitz“ i Dra Witolda Narkiewicza Jodki: Siódme sprawozdanie z instytutu oftalmicznego etc. w Warszawie za rok 1877 oraz „Ważniejsze wypadki z instytutu oftalmicznego itd.“

2) Kol. Zarewicz odczytał drugą część rozprawy o „wyróżnianiu wrzodów wenerycznych ze stanowiska klinicznego.

W dyskusyi kol. Warschauer mniema, że łatwiéj jest liszaj napletkowy *(herpes praeputialis)* zamienić ze szankrem niżli z wrzodem stwardniałym; wrzód stwardniały występuje bowiem zazwyczaj pojedynczo, herpes zaś jawi się w postaci pęcherzyków obok siebie położonych, które pękając tworzą ekskoryjacyje. Co się tyczy obrzmienia gruczołów to często się wydarza, że ono istnieje mimo to że pacyjent nie ma wrzodu ani żadnych innych zmian na częściach płciowych; pytanie się wówczas nasuwa, czy te gruczoły zawierają w sobie zarazek kiły, czy téż ta ustąpiła w zupełności. Kol. prof. Blumenstok mówi, że również go uderzyła tak częsta obecność obrzęku gruczołów chłonnych u prostego ludu; przypomina to dzisiejszą dżumomanię. Co do przeszczepiania wrzodów nie jest wolny od skrupułów, i sądzi, że gdyby pacyjent, któremu lekarz wrzód przeszczepił, wystąpił ze skargą sądową, mógłby lekarz być skazanym za ciężkie uszkodzenie ciała, nawet przyzwolenie pacyjenta na przeszczepienie nie potrafiłoby go zasłonić. Kol. Sciborowski sądzi, że obawa kol. Blumenstoka wówczas byłaby tylko usprawiedliwioną, gdyby ktoś dla doświadczenia przeszczepił wrzód osobie zdrowéj; gdzie jednak więcéj jest już wrzodów i ustrój zarażony, nie sądzi żeby przeszczepienie jednego jeszcze wrzoda mogło ściągnąć na lekarza taką odpowiedzialność. Kol. prof. Blumenstok nie może się zgodzić z tém zapatrywaniem, według téj zasady nie możnaby np. suchotnika cieleśnie obrazić. Jeżeli człowiek mający syfilis, nabywa drugi wrzód w skutek działania lekarza, to następuje zboczenie od tego stanu, w jakim się chwilowo znajdował, zatém takowe stanowi uszkodzenie. Kol. Warschauer również nie zgadza się z przeszczepianiem, tém więcéj że obecna nauka twierdzi, że i wrzód twardy można przeszczepić, co byłoby tém zgubniejszém; syfilizacyja słusznie została niemal zupełnie zarzuconą, toż samo i przeszczepienie jako rodzaj *experimenti in corpore vili* powinnoby zostać zaniechaném. Kol. Obaliński nie podziela obawy kol. prof. Blumenstoka, sądzi on że jeżeli lekarz uprzedzi pacyjenta o następstwach, jakie przeszczepienie wrzodu za sobą pociągnąć może i z jego zgodą dopełni przeszczepienia, to nie może się wtedy obawiać skazania sądowego; przedstawia to pewną analogiję ze zniszczeniem błony dziewiczéj, które jeżeli dokonaném zostało za zgodą osoby mającéj więcéj nad lat 14, przestaje być karygodném. Kol. Czerwiakowski sądzi, że ponieważ uszkodzenie jakieby z przeszczepienia wrzodu powstało, nie jest pierwotném ale dodatkowém, nie powinno zatém być karaném. Kol. Warschauer przypomina, że we Francyi i Anglii nieraz już skazywano lekarzy na dotkliwe kary pieniężne, jeżeli dziecko od mamki, przez nich poleconéj dostawało kiły. Kol. prof. Blumenstok nie zgadza się ze zdaniem kol. Czerwiakowskiego, bo i na osobie absolutnie nie zdolnéj do pracy, można wywałać ciężkie uszkodzenie ciała, również zapatrywania kol. Obalińskiego nie uważa za uzasadnione, ponieważ przedarcie błony dziewiczéj nie jest według zapatrywania prawodawców, uszkodzeniem, ale napaścią na wstydliwość niewieścią i jako takie bywa karaném, jeżeli nastąpiło bez zezwolenia osoby, któréj błona dziewicza została przedartą. Kol. Zarewicz odpowiada kol. Warschauerowi że ze względu na głębokość wrzodu mógłby być liszaj napletkowy równie zamienionym z wrzodem stwardniałym jak i z szankrem, ale liszaj najczęściéj ogranicza się do powierzchownych części skóry; co do liczniejszego wystąpienia pęcherzyków liszaju, to z góry powiedział, że tylko liszaj zlewający się może być zamieniony z wrzodem stwardniałym, ale nigdy jeżeli w pęcherzykach odosobnionych występuje. Zwrócić należy baczną uwagę na odróżnienie ekskoryjacyi od wrzodów stwardniałych, bardzo często bowiem niestety się zdarza, że lekarz bierze wrzód stwardniały za zwykłą nic nie znaczącą ekskoryjacyję; jak fatalne mogą być następstwa takiéj pomyłki, sam się przekonał niedawno, gdy zgłosił się do niego pacyjent, który okazywał liczne objawy cierpienia kiłowego; z wywiadów okazało się że tenże przed dwoma laty spostrzegłszy wrzodzik na członku zasięgnął rady lekarskiéj, lekarz uważał to za nic nie znaczące obtarcie, następstwem téj pomyłki było, że nieszczęśliwy ten chory zaraził żonę i dzieci swoje nie domyślając się nawet, że jest dotknięty kiłą. Co się tyczy obrzmienia gruczołów chłonnych, to te mają przebieg dwojaki: albo rychło ustępują, albo czasem znacznie późniéj, tak że po powstałém obrzmieniu gruczołów poznać nieraz można, że ktoś przed kilku a nawet kilkunastu laty przebył kiłę, albo nie ulegają wcale resorbcyi przechodząc w zwapnienie, wówczas pozostają nie zmienione przez całe życie. Jeżeli z charakteru ich można wnioskować o kile, mogą pozostać dla lekarza cenną wskazówką, gdy pacyjent jak się często zdarza, nie chce się przyznać do przebytéj kiedyś choroby. U ludzi ciężko pracujących fizycznie, jak to słusznie zauważył kol. prof. Blumenstok, podobnie jak u gruźliczych i zołzowych, obrzmiewają nieraz gruczoły chłonne pachwinowe przy lada sposobności, że taki przypadek mógł być wzięty za dżumę, wytłumaczyć sobie tylko można zajęciem obecném tą chorobą ze strony lekarzy, którzy wówczas skłonni są to właśnie widzieć i rozpoznawać co ich najżywiéj zajmuje. Co do przeszczepiania wrzodu prelegent jest zdania, że przeszczepiać tam, gdzie nie zachodzi tego potrzeba, albo gdzie jest obawa że szankier może przybrać charakter złośliwy, grożący phagedenizmem, byłoby nie do darowania, ale lekarz niekiedy czy ze stanowiska naukowego, czy wreszcie ze względu na samego chorego, któremu na rozpoznaniu tak wiele zależy, musi przystą-

pić do przeszczepienia. Jeżeli przeszczepienie dokonanem zostało na miejscu stósownie obranem, to lekarz pewnym być może, że chory będzie mógł oddawać się swym zajęciom, a pozostający przeszczepiony szankier z pewnością przy doszczętnem zniszczeniu go np. za pomocą pasty Ricorda, przed 20 dniami ustąpi, więc i dochodzenia sądowego nie potrzebuje się wówczas lekarz obawiać.

3) W głosowaniu kartkami przyjęto Dra Kossaka Leona i Dra Smoleńskiego Stanisława na członków czynnych Towarzystwa jednomyślnie.

(Dokończenie nastąpi.)

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie Xte z d. 3 grudnia 1878.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 10.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Przewodniczący okazuje zebranym członkom dyplom honorowy, przyznany Komisyi balneologicznéj na wystawie przemysłowo-rolniczéj we Lwowie, za urządzenie zbiorowéj wystawy zdrojowisk krajowych.

2) Następnie Przewodniczący przedstawia na członka zamiejscowego Komisyi Dra Tatarczucha w Gródku, lekarza zakładowego w Lubieniu. Wniosek ten przyjęto, poczem Dr. Lutostański przedstawia p. Tytusa Slawika, chemika-technologa, zamieszkałego obecnie w miejscu, na członka przybranego Komisyi balneologicznéj. Wybór ten uchwala Komisyja przesłać Tow. lek. do zatwierdzenia w myśl regulaminu.

3) Dr. Zieleniewski opisał i przedstawił w rysunku altanę dla muzyki wybudowaną w Krynicy, według projektu p. inżyniera Łatkiewicza, wykonaną w fabryce p. Ludwika Zieleniewskiego. Na wniosek Przewodniczącego, który oddaje przy téj sposobności pochwałę téj fabryce krajowéj, Komisyja postanowiła zamieścić krótki opis altany w protokóle posiedzeń. Stoi ona na podmurowaniu opatrzonem stopniami i przedstawia w planie ośmiokąt z dobudowanemi dwoma kwadratami na dwóch bokach ośmiokąta przedzielonych trzecim frontowym. Na tak podniesionym fundamencie ułożono podłogę na krzyżowem belkowaniu, stanowiącą podium dla orkiestry. Z fundamentem złączone są żelazne smukłe i ozdobne kolumny we wszystkich kątach ośmiokąta, które dźwigają dach żelaznéj konstrukcyi cynkiem kryty. Kolumny te są połączone koronką z lanego żelaza, wypełniającą tém samém część wolną przestrzeni w ścianach ośmioboku. Od góry kolumny dźwigają łuki stosowną ornamentyką dekorowane. Szeroki fryz bardzo lekkiéj lanéj kraticzki obiega na około część podcienia. Dach dla stworzenia większego cienia wysunięty jest znacznie po za linię słupów i dla nie tamowania głosu od frontu ku górze zagięty, brzeg dachu ubrano piękną koronką żelazną. Spody kolumn między sobą połączono galeryjką z balasek ozdobnych z żelaza lanego bronzowanych Trzy tylne pola ośmioboku są zaszalowane i odpowiednio ubrane. Na każdego członka orkiestry przypada 1 metr kwadr. powierzchni; odległość dwóch równoległych boków w ośmioboku wynosi 5·3 m.; podmurowanie 1·1 m.; wysokość do obdasznicy 4·4 m. Budowa w ogóle lekka, ozdobna a nie przeładowana ornamentyką przypomina nieco styl szwajcarski, a różni się od niego szczegółami, wynikającemi z różnicy materyjału.

4) Prof. Dr. Olszewski przedstawił pracę p. Karola Trochanowskiego asyst. przy katedrze chemii w Uniw. Jagiel. pod tytułem: Rozbiór chemiczny wód studziennych tarnowskich, wyłożył użyte metody badania, tudzież wyniki téj sumiennéj pracy, która okaże się w całości w Sprawozdaniach komisyi fizyjologicznéj Akad. Umiej. Z powodu jéj przedstawienia oraz mapy objaśniającéj jakość wód tarnowskich, rozwinęła się zajmująca rozprawa, w któréj prócz prelegenta zabierali głos prof. Dr. Korczyński, Dr. Warschauer, Dr. Weigel i Dr. Lutostański. Na wniosek tego ostatniego Komisyja baln. powzięła następujące uchwały: 1) ze względu na ważność podobnego rodzaju badań wody do picia dla niezbędnych w miastach i miasteczkach naszych reform sanitarnych, należy zawiadomić Radę miejską w Tarnowie o wynikach pracy p. Trochanowskiego, 2) przy téj sposobności zwrócić uwagę Wydziału krajowego na istniejące niedostatki higijeniczne w miastach i miasteczkach naszych, na potrzebę badań wód studziennych w kraju naszym, tudzież na potrzebę zaopatrywania miast i miasteczek w dobrą wodę do picia. Memoryjał ten którego redakcyję powierzono sekretarzowi i prof. Dr. Olszewskiemu ma być odczytany na jedném z następujących posiedzeń.

5) Prof. Dr. Olszewski przedstawia autora odczytanéj pracy na członka Komisyi. Wniosek przyjęto i przesłano Tow. lek. do zatwierdzenia.

6) Przewodniczący prof. Dr. Korczyński w dłuższéj przemowie wyłuszcza potrzebę zakładania w kraju naszym uzdrowisk (sanatorjów) na wzór istniejącego w Görbersdorfie na Szląsku pruskim, tudzież szczegółowo objaśnia sposób leczenia przewłocznych chorób piersiowych, używany z dobrym skutkiem w najnowszych czasach w tego rodzaju sanatoryjach. Wreszcie otwiera rozprawę nad tym przedmiotem, poruszonym przez Dra Krówczyńskiego ze Lwowa w rozprawie odczytanéj na poprzedniem posiedzeniu. W rozprawie téj prócz Przewodniczącego zabierają głos: Dr. Warschauer, Dr. Weigel, Dr. Skórczewski i Sekretarz. Wszyscy uznają skuteczność tego rodzaju leczenia suchot płucowych, tudzież pożyteczność podobnych uzdrowisk. W ogóle zgodzono się na zasady higijeniczno-dyjetetycznego leczenia suchot płucowych, wyłuszczone przez Przewodniczącego i Sekretarza, tudzież uznano konieczność umiejętnego indywidualizowania rozmaitych czynników przyrodniczéj terapii, (leczenia powietrznego, poprawy ogólnego odżywiania, pielęgnowania czynności skóry itd.) w leczeniu rozmaitych form klinicznych suchot płucnych, a względnie gruźlicy; wreszcie zgodzono się, że leczenie suchot płucnych według sposobu przyrodniczego zwanego pospolicie Brehmerowskim, mogą się skutecznie odbywać tylko w zakładach zamkniętych. Z zajmującéj i nader ożywionéj dyskusyi wynikło, iż w dzisiejszym stanie umiejętności do wykonywania dyjetetyczno-higijenicznych leczeń chorób piersiowych w ogóle służyć może każda zdrowa miejscowość, przyczém stopień wzniesienia nad poziom morza podrzędną odgrywa rolę, jakkolwiek wpływu tego czynnika na przebieg choroby zaprzeczyć nie można. Przy téj sposobności wskazywano rozmaite miejscowości w kraju naszym, najodpowiedniejsze do zakładania uzdrowisk dla chorych piersiowych. Wreszcie Komisyja balneologiczna po krytyczném roztrząśnieniu obecnych poglądów na leczenie suchot płucnych, przyszła do przekonania, że suchoty mogą być leczone w rozmaitych klimatach, w skutek czego ostatecznie uchwaliła następującą rezolucyję: „Pożądaną jest rzeczą aby w kraju naszym, zwłaszcza w okolicach podgórskich, zakładano uzdrowiska przeznaczone dla leczeń dyjetetyczno-higijenicznych chorób narzędzi oddychania w ogóle, a w szczególności suchot płucnych. Zakłady te mogą znajdować się na różnych wzniesieniach nad poziom morza, to jest niekoniecznie na wysokości równéj wzniesieniu Gerbersdorfu na Szląsku Pruskim“

Dr. Lutostański, sekretarz.

V. Listy z Wiednia.

II.

Wybór prezydyjum c. k. towarzystwa lekarzy. — Wydział lekarski i ministeryjum oświaty. — Opróżniona katedra historyi medycyny. — Czynności sanitarne magistratu wiedeńskiego. — Czynności sanitarne lekarzy dolnéj Austryi. — Sprawozdanie dyrekcyi d. a. zakładu położniczego i podrzutków. — Sprawa lekarzy wojskowych w ministerstwie wojny. — Sprawozdanie towarzystwa lekarzy wojskowych ku wspieraniu wdów i sierót.

Wczoraj odbył się w sali akademii umiejętności wybór prezesa tutejszego c. k. towarzystwa lekarzy a z urny wyszedł prof. Hebra. Wybór ten był już od kilku tygodni najważniejszym przedmiotem dyskusyi w kołach lekarskich, raz dlatego, że chodziło o przedstawiciela jednego z najpoważniejszych towarzystw naukowych, powtóre że urząd ten honorowy osierociał po mężu tak donioslego imienia, jakim

był Rokitansky, który tę godność piastował od założenia towarzystwa, tj. od lat 28. Znaczenie wyboru tego podniosła jeszcze ta okoliczność, że na ten jeden urząd trzech było kandydatów, w skutek czego w tak poważném i ściśle naukowém gronie niepraktykowana dotąd powstała walka wyborcza. Prof. Langer nie miał z góry wielkich widoków, natomiast była alternatywa między Hebrą a prof. Dumreicherem trudniejszą do rozstrzygnienia. Rezultat zresztą wypadł ku ogólnemu zadowoleniu: prof. Hebra jako były wiceprezes wybrany został prezesem, a prof. Dumreichera mianowano prezesem honorowym. Na miejsce prof. Hebry ma być powołanym na urząd wiceprezesa prof. Heschl.

Między wydziałem lekarskim a ministerstwem oświaty zaszło w ostatnich czasach nieporozumienie względem normy mianowania docentów i nadzwyczajnych profesorów. Wydział wniósł do ministerstwa petycyję, aby dla ograniczenia liczby rzeczonych mianowań, potrzebne były do osiągnięcia docentury lub profesury nadzw. dwie trzecie głosów; ministerstwo zaś petycyję tę odrzuciło, a nadto kandydatów, przez Wydział poleconych, albo wcale nie uwzględniło, albo tylko częściowo. Tak musiał docent prywatny Dr. Stofella poprzestać na tytule profesorskim (*Titular-Professor*), Dr. Fleischl zaś, docent i asystent katedry fizyjologii, dowiedziawszy się, że ma także zostać profesorem tylko tytularnym, zawczasu wniósł oświadczenie, że takiego awansu przyjąć nie może. Na jedném z ostatnich posiedzeń Wydział miał załatwić przedstawienie docenta prywatnego Dra Hocka na profesora nadzwyczajnego, odroczono jednak tę sprawę dopóty, dopóki ministerstwo pod tym względem nie oznaczy ściślej normy.

Niebawem opróżnioną zostanie katedra historyi medycyny. Wydział wezwany został do uczynienia w tym względzie swoich wniosków i wybrał w tym celu komitet, składający się z profesorów Bambergera, Brückego i Seligmanna.

Parę słów pozwolę sobie poświęcić czynnościom sanitarnym magistratu wiedeńskiego. Od 6 lat toczy się w tutejszej Radzie miejskiej spór względem mającej się utworzyć w mieście i w poszczególnych jego dzielnicach rady zdrowia, który wreszcie w ten sposób załatwiony został, że zamiar całkowicie zaniechano. Rada miejska odrzuciła wnioski sekcyi sanitarnej, postanowiła zaś natomiast na wniosek referenta Dra Langera utworzyć w każdéj dzielnicy odpowiednie ciało sanitarne na sposób fizykatów. Do przeprowadzenia tego postanowienia wybrany został osobny komitet, który niedawno dopiero się ukonstytuował, wybrawszy przewodniczącym prof. Draschego, zaś zastępcą wiceprezesa Lederera. Czynność rzeczonéj komisyi w skutek tego ledwie się rozpoczęła, wszakże można już kierunek jéj działalności w przybliżeniu oznaczyć. Przedewszystkiém chodzi o to, aby dać sposobność fizykom miejskim zajmowania się na większą stopę kwestyjami sanitarnemi, przez zwolnienie ich od niektórych obowiązków, mających nadal wchodzić w zakres działania lekarzy miejskich. Gmina musiałaby w tym razie podwyższyć tylko dotacyję tychże lekarzy, a natomiast posiadałaby w fizykacie urząd sanitarny, jakiego sobie życzy. Wygodny ten projekt tém większe ma widoki przyjścia do skutku, ile że lekarze miejscy sami wnieśli oświadczenie, że za odpowiednią renumeracyję gotowi objąć niektóre obowiązki, dotąd do nich nie należące.

Jak wspomniałem, toczy się sprawa ta już od lat kilku. Kiedy w skutek zarazy astrachańskiéj wszelkie instytucyje sanitarne do gorliwéj się wzięły czynności, wtedy także w magistracie na nowo poruszano różne kwestyje, publicznego zdrowia się tyczące, i w ten sposób doczekała się także kwestyja Rady zdrowia ostatecznego załatwienia. Nadto inne podobne sprawy przyszły pod obradę i tak: powziął magistrat niedawno uchwałę, aby poddać ściśléj rewizyi czyszczenie kanałów, aby na nowo publicznie plakatami obwieścić ustawy policyi ulic, częściéj kontrolować przepełnienie mieszkań i przytulisk, surowiéj przeprowadzać rewizyję środków pożywienia itd. Nakoniec przeznaczyła rada miejska pewną kwotę na dalsze przeprowadzenie desinfekcyi miejscowéj.

Stowarzyszenie lekarzy dolnéj Austryi, które w pierwszéj linii wzięło sobie za zadanie czuwać nad interesami zawodowemi, udało się z końcem przeszłego roku z prośbą do kolegijum doktorów, o zapobieżenie nadużyciu recept lekarskich. Sprawę tę oddało kolegijum do referatu osobnéj komisyi, która po gruntowném jéj zbadaniu przedłożyła wniosek, aby kolegijum gorąco poleciło tutejszym lekarzom i aptekarzom odpowiednie przepisy, wedle których: 1) recepty, zawierające w sobie lekarstwo, znakiem † opatrzone, raz tylko użyte być mogą, 2) każda recepta opatrzoną ma być pieczęcią aptekarza i odpowiednią datą. Wniosek ten został przez kolegijum jednogłośnie przyjęty i do wiadomości stowarzyszenia lekarzy dolnéj Austryi podany, które uchwaliło wyrazić komisyi podziękowanie. Dr. Schrank zagaił także w stowarzyszeniu lekarzy dyskusyję o szkodliwém szerzeniu się środków tajemnych i o ich przesadném zachwalaniu, przedstawiając równocześnie trudności zaradzenia temu złemu. Zgromadzenie uchwaliło wystósować do ministerstwa spraw wewnętrznych petycyję o ponowne obostrzenie rozporządzenia, wedle którego tylko te środki tajemne sprzedawane być mogą, które od władzy lekarskiéj odpowiednią uzyskały aprobatę. Na posiedzeniu z dnia 11 marca uchwalony został na wniosek Dra Karajana memoryjał do ministerstwa, w którym ma być przedstawiony zły stan urządzeń sanitarnych w gminach i wniosek zwołania ankiety, mogącéj się zastanowić nad możliwemi środkami zaradczemi. Wspomnę nakoniec jeszcze o uchwale stowarzyszenia, tyczącéj się obchodu srebrnego wesela Ich Cesarskich Mości. Stowarzyszenie postanowiło uczcić ten obchód złożeniem hołdu za pośrednictwem c. k. namiestnictwa, równocześnie zaś rozpisać konkurs na najlepszy podręcznik, traktujący w sposób ogólnie przystępny o somatologii i higijenie. Inne stowarzyszenia lekarskie, jak c. k. towarzystwo lekarzy i kolegijum doktorów uchwaliły również adressy.

Dyrekcyja d. a. krajowego zakładu położniczego i podrzutków ogłosiła niedawno ogólne sprawozdanie za rok ubiegły. Przedewszystkiém podnieść wypada coraz zmniejszającą się w ostatnich latach śmiertelność podrzutków, która w latach dawniejszych wynosiła 30%, w ostatnim lat dziesiątku 24%, w roku zaś ostatnim tylko 19·2%. Z końcem roku 1878 pozostało w zakładzie 21·5% podrzutków. Władze szkolne skonstatowały także postęp w wychowaniu, tak że dyrekcyja zakładu większą liczbę podrzutków wynagrodziła książeczkami kasy oszczędności po 20, 15 i 10 zła. Mniéj pomyślnym jest stan funduszów zakładu, położniczego w skutek czego można było uwzględnić tylko najuboższe położnice.

C. k. ministerstwo wojny widziało się wreszcie zmuszoném, wezwać lekarzy rezerwowych i cywilnych do wstąpienia w czynną służbę wojskową, ale postanowiło warunki tak mało nęcące, że dotąd zaledwie 24 lekarzy się zgłosiło, przeważnie rezerwowych, z których 16 już przydzielono do służby. Warunki są już ogólnie znane, dlatego ich tu nie przytaczam

powyższy rezultat dostatecznie znamionuje ich niedostateczność, tak że trudno się spodziewać, aby wojskowy etat lekarski, który obecnie przedstawia brak 60 lekarzy, w ten sposób został uzupełniony. Tutejsze pisma fachowe podają z téj przyczyny ministerstwu różne projekty, domagając się osobliwie polepszenia stosunku wojskowych lekarzy do reszty armii, a ministerstwo z swéj strony także nad tą kwestyją zastanawiać się zdaje. W ogólności chodzi o stałe zapobieżenie niedostatkowi, w skutek czego słuchacze medycyny już z góry mają być do czynnéj służby wojskowéj zobowiązani. Ministerstwo spodziewa się osiągnąć to przez zapewnienie rygoryzantom taks egzaminowych i pewnéj pensyi miesięcznéj, dopóki nie osiągną dyplomu, i nad tym projektem obecnie obraduje.

W jedném z tutejszych pism fachowych umieszczone było niedawno sprawozdanie towarzystwa lekarzy wojskowych ku wspieraniu wdów i sierót, które wykazuje w rozwoju towarzystwa znaczny i systematyczny postęp, tak co do liczby członków, jak i wysokości funduszów. Przedewszystkiém podnieść wypada, że podczas gdy towarzystwo dotąd tylko chwilowéj i jednorazowéj pomocy udzielało, na ostatniém posiedzeniu wdowom mała wprawdzie, lecz stała pensyja w wysokości 100 złr. wyznaczoną została. Aby umożliwić uchwałę rzeczoną, która większych wymaga funduszów, trzeba było zmienić statut o tyle, że odtąd prócz członków zwyczajnych będzie się towarzystwo składało także z członków wspierających. Na końcu sprawozdania mieści się odezwa co do dalszego przystępowania do towarzystwa, z uwagą, że członkami być mogą także lekarze rezerwowi.

W końcu wspomnę jeszcze, że pan Józef Lazarski, który właśnie otrzymał na tutejszym uniwersytecie stopień doktora wszech nauk lekarskich, został równocześnie mianowany asystentem katedry farmakologii.

W Wiedniu dnia 3 kwietnia 1879. r.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Zaraza astrachańska.** Rząd niemiecki wystósował już zapytanie do rządu austro-węgierskiego, czy przez wzgląd na zmniejszenie się niebezpieczeństwa przed dżumą nie byłby skłonnym do złagodzenia środków ostrożności. Gdy świeży przypadek choroby w Wietlance okazał się być odosobnionym, a delegaci lekarscy nadesłali zadowalające całkiem sprawozdanie o stanie zdrowia w okręgu dżumowym, rząd austryjacki oświadczył gotowość swoją zgodnego postępowania w tym względzie z rządem niemieckim. Wszyscy lekarze zagraniczni znajdują się obecnie już w Astrachanie, gdzie po naradzie wspólnéj ułożą protokół i takowy prześlą rządom swoim. Będzie to najprawdopodobniéj ostatnią ich czynnością, poczém otrzymają polecenie do powrotu.

Spór o dymienice jeszcze nie jest załatwiony. Na pierwszym planie stoją ciągle jeszcze historyczne dymienice Prokowiewa. Na artykuł Lewina (podany przez nas w streszczeniu) odpowiedział Dr. Wasylew, ordynator kliniki Botkina, opisem choroby Prokowiewa w *W. med. Woch.* Nr. 14, sam Botkin zaś prostuje w *Berl. klin. Woch.* Nr. 14 niektóre twierdzenia Lewina. Twierdzenia zaś dzienników, jakoby i w warszawskiéj klinice terapeutycznéj kilka podejrzanych przypadków się zdarzyło, prostuje znów prof. Lambl w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 14 w ten sposób, iż rzeczywiście leczył w klinice 2 przypadki duru brzusznego, połączonego z dymienicami, ale w miesiącu październiku 1878 r., a więc daleko wcześniéj, aniżeli rozeszła się wieść o zarazie wietlańskiéj; przypadek zaś podejrzany, który zdarzył się w oddziale Dra Neugebauera w d. 15 marca rb., uznany został przez Drów Waltera, Baranowskiego, Chałubińskiego i Lewitskiego za chorobę Werlhoffa. co téż bieg dalszy potwierdził.

Dzienniki polityczne donoszą, że rządy niemiecki i austryjacki niebawem zniosą wszystkie środki ostrożności, zarządzone przeciw dżumie; ekspozytury zaś lekarskie, ustanowione na granicy austryjacko-rosyjskiéj, mają być zwinięte z dniem 14 bm.

Dr. Kiemann telegrafuje z Astrachanu, że 8go bm. wyjeżdża parostatkiem do Carycyna, a ztamtąd koleją na Kijów wraca do Wiednia.

* Ruch ludności m. Warszawy w r. 1878. Małżeństw zawarto 2634 (o 510 więcéj niż w r. 1877), na 1000 mieszkańców wypada ślubów 8·36; największy procent małżeństw przypada na wyznanie katolickie (73·35%), najmniéjszy na prawosławne (4·86%). Urodzenia. Noworodków żywych było 11364 (o 593 więcéj niż w r. 1877), oprócz tego przyjęto 2624 podrzutków; na 1000 mieszkańców przypadło 36·05 dzieci (31·47 prawych, 4·58 nieprawych); najwięcéj urodzeń przypada na ludność prawosławną (na 1000 ludności 19·08), najmniéj na starozakonną (29·97 na 1000); noworodków zmarłych było 443. Śmiertelność. Z wyłączeniem przyjezdnych było 13141 przypadków śmierci i 1812 zmarłych podrzutków; na 1000 mieszkańców wypada zatém 41·69, największa śmiertelność była między ludnością prawosławną (62·05 na 1000), najmniejsza śród starozakonnéj (31·46). Z nieżytu jelit umarło 17% (1796 osób), z suchót płucnych 12·5% (1299), z zapalenia oskrzeli i płuc 12% (1258), z kiły 4·67% (485). Przypadków nagłéj śmierci było 83, w téj liczbie 22 samobójstw. (*Kur. Warsz.*)

* Jeden z profesorów niemieckich wypracował był wskazówkę dla akuszerek, mającą na celu zapobieganie, a względnie pierwsze leczenie zapalenia ócz noworodków. Według téj wskazówki ma być obowiązkiem akuszerek, aby w każdym przypadku, w którym rodząca cierpi na upławy białe, noworodkom przemywały oczy za pomocą 1½% roztworu kw. karbolowego. W skutek zapytania ministerstwa Deputacyja umiejętna w Berlinie (ref. prof. Schröder) oświadczyła się przeciw obowiązkowemu przemywaniu ócz tym roztworem. (*Vierteljahrs. f. ger. Med. 1879, April*, p. 293—295).

* Statystyka lekarska we Francyi. W r. 1876 było we Francyi: 10,743 doktorów medycyny; 3,633 chirurgów; 6,232 aptekarzy; 12,847 położnych i 983 ziolarzy. Położne zatém są w przeważnéj liczbie. Nie należy sądzić, że one osiedlają się przeważnie po wsiach, przeciwnie wybierają one miejsca najwięcéj zaludnione. Te 12,847 położnych rozdzielone są na 7,561 gmin; departament Sekwany utrzymuje 1103. Liczba doktorów medycyny wzrasta z każdym rokiem, lecz w słabym stosunku. Od 1866 do 1876 r. powiększenie liczby doktorów przechodzi zaledwie 500. Najwięcéj doktorów w stósunku do ludności znajduje się w departamencie Alp nadmorskich, który liczy 147 doktorów, czyli 1 na 1385 mieszkańców. Niceja, zimowa stacyja, uczęszczana coraz więcéj przez bogate familije przyciąga znaczną liczbę lekarzy. Następnie departament Sekwany ma bardzo wielu, gdyż 1424 doktorów, tj. 1 na 1693 mieszkańców. Departament Rhône liczy najmniéj, tylko 67, co czyni 1 na 10,524 mieszkańców. Chirurdzy zdają się znikać zwolna, w 1876 r było ich około 2,000 mniéj, niż w 1866 r. Liczba aptekarzy wzrosła w ciągu dziesięciu lat tylko o 571. Między 6,232 aptekarzami (właścicielami) statystyka rządowa nie odróżniała aptekarzy pierwszéj i drugiéj klasy, lecz o ile wnosić można, to liczba aptekarzy pierwszéj klasy zmniejsza się z roku na rok. Według źródeł pewnych liczba aptekarzy I. klasy zmniejszyła się od 1866 do 1874 roku o 363, gdy aptekarzy II. klasy wzrosła o 720. Na 36,056 gmin Francyi tylko 2,453 posiadają apteki. 33,603 są pozbawione prędkiego zaopatrzenia się w leki. Aptekarze szukają także wielkiego nagromadzenia ludności, to téż departament Sekwany jest najbogatszym w apteki, gdyż ma 815, co czyni 1 na 2,958 mieszkańców. Pozostają, jeszcze ziolarze, o których zniesienie aptekarze upominają się bez ustanku. W Paryżu jest ich 728, w wielu departamentach nie ma żadnego, a w niektórych jeden lub dwu. Upoważnieni sprzedawać zioła lecznicze podtrzymują swój byt sprzedażą perfumeryi lub kupiectwem. Statystyka ta przekonywa, że brak jest ludzi w zawodzie lekarskim. Liczą w ogóle 14,376 praktyków, doktorów i chirurgów a trzeba najmniéj 20,000 lekarzy, aby wystarczyć potrzebie zdrowia publicznego we Francyi. (*Czas. Tow. Aptek.* 1879, Nr. 6).

Statystyka epidemij. Epidemija ospy złagodniała

w Londynie, umarło 9 osób, zachorowało 47, leczy się w szpitalach 304 (poprzedniego tyg. 322). Również mniéj umarło w Paryżu, Barcelonie, Petersburgu, nieco więcéj w Wiedniu 13, w Pradze 4, w Budapeszcie 17. Odra panuje w Budapeszcie i Paryżu; w Warszawie i Paryżu cierpienie dławcowe. Przypadki duru osutkowego pojawiają się w Odessie, Wenecyi, Londynie i Petersburgu. *(Veroeff. d. kais. deut. Gesundhts.)*

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 13 (od 23—29 marca) umarło w Krakowie osób 38; męż. 15 i kob. 23; w obwodach 25 osób. w szpitalach 13; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 35,0. Z chorób zakaźnych nie umarł nikt w tym czasie w Krakowie. Doniesiono od 30 marca do 5 kwietnia o następujących przypadkach chorób zakaźnych: 5 dławca (2 ze szpitalów, 1 z Kleparza L. 100, 2 z ul Floryjańskiéj L. 332); 1 z duru brzusznego (z Czarnéj Wsi); 1 płonicy (ze szpitala); 1 róży (ze szpitala); 1 duru powrotnego (z Zabierzowa); 1 duru osutkowego (z Dąbia).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków.** dn. 8 kwietnia. Dziś odbywa się w Warszawie posiedzenie kliniczne Tow. lekarskiego, a po posiedzeniu nastąpi w resursie kupieckiéj kolacyja składkowa, dana przez okulistów warszawskich prof. Szokalskiemu na pamiątkę ukończenia przezeń 25 służby w Instytucie oftalmicznym. Nie zdradzamy już tajemnicy, jeżeli dodajemy, że równocześnie czcigodnemu Jubilatowi wręczoną będzie litografia ogromnych rozmiarów, przedstawiająca 16 współczesnych okulistów polskich, pięknie ugrupowanych Z Krakowa przesłali dziś życzenia telegraficzne prof. Rydel, Dr. Wurst i redaktor Przeglądu Lek., oraz Dr. Ściborowski w imieniu Towarzystwa lek. krak.

* Wydział krajowy zamianował sekundaryjuszami I klasy w szpitalu św. Łazarza w Krakowie: Drów Maksymilijana Kohna, Jana Rosnera i Tytusa Wasylewskiego; sekundaryjuszami II klasy Drów Leona Kossaka i Wiktora Żelazowskiego.

* Doszło nas zawiadomienie Zarządu zdrojowego w Cieplicach czeskich, wedle którego sezon rozpocznie się tam jak zwykle z d. 1 maja.

* Podczas katastrofy szegiedyńskiéj dzienniki donosiły kilkakrotnie, że szpital tameczny runął a przynajmniéj że został zalany, a znajdujący się w nim chorzy, w liczbie 500, prawdopodobnie wszyscy wyginęli. Otóż teraz donosi dyrektor tego szpitala Dr. Maciéj Singer, że zawczasu chorych przeniesiono na 1sze piętro, które nie doznało żadnego szwanku; gdy jednak późniéj komunikacyja ze szpitalem utrudnioną została, polecił wywieźć obłąkanych do Budapesztu, lekko chorych zaś do Temeszwaru i Aradu, podczas gdy ciężko chorych przeniesiono do gmachu gimnazyjalnego; wreszcie urządził małe szpitaliki dla chorób zaraźliwych, a teraz zakłada szpital barakowy na przypadek pojawienia się jakiejś epidemii. Stan zdrowia atoli dotychczas jest względnie bardzo pomyślnym, a wszelkie wiadomości inaczéj brzmiące nie zasługują na wiarę.

* **Wiedeń.** Wiceprezesem c. k. towarzystwa lekarskiego obrany został w d. 4 bm. prof. Bamberger, a nie prof. Heschl.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Botkin w Petersburgu wybrany został członkiem honorowym c. k. towarzystwa lek. wiedenskiego. — Prof. nadzw. Dr. Filip Knoll w Pradze mianowany został profesorem zwyczajnym patologii doświadczalnéj tamże.

* **Wiadomości osobowe.** D. 7 bm. otrzymał w Uniw. Jagiell. stopień Dra w. n. lek. p. Franciszek Grodecki rodem z Głogowa.

* **Nekrologija.** W ostatnich dniach marca rb. umarł w Boguminie Dr. Bartłomiéj Michalski, pochodzący z okolic Zatora, radca miejski i prezes Rady szkolnéj miejscowéj.

W Berlinie † Dr. Henryk Dove, znakomity fizyk i meteorolog, w 76 roku życia.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 14: Prof. Lambla: Z terapeutycznéj kliniki wydziałowéj (sprostowanie, o którém wyżéj mowa); prof. Dogiela: Poszukiwania nad działaniem niektórych jednoatomowych nasyconych alkoholi (c. d.); Wygrzywalskiego: Z zapisek szpitalnych (c. d.); w *Medycynie* Nr. 14: Julijana Kramsztyka: Oznaczenie ilościowe białka w moczu za pomocą kwasu trójchloroctowego (z pracowni chemii lekarskiéj Uniw. warszawskiego.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. M. DUNIN WĄSOWICZ (we Lwowie): Aconitum heterophyllum Wall. in pharmacogn. chemischer Beziehung, nebst einigen Bemerkungen über Tubera Aconiti japonici. *(Sep. Abdr. a. d. Arch. d. Pharm.* 1879, XI, 5) in 8vo str. 33 z 16 rycinami.

Piśmiennictwo lekarskie. BURKART R. Weitere Mittheilungen üb. die chronische Morphiumvergiftung in Folge subkutaner Morphiuminjektionen u. deren Behandlung gr. 8. Bonn. Cohen et Sohn. M. 60.

COHN HERM. Die Schulhygiene auf der Pariser Weltausstellung 1878. Mit 2 Taf. Abbildgn. gr. 8. Breslau. Morgenstern. M. 1.50.

DOBBERT GUST. Üb. Nervenquetschung. gr. 8. Königsberg. Hartung. M. 1.

FOURNIER A. La syphilis du cerveau Leçons cliniques recueill. par E. Brissaud. gr. 8. Paris. G. Masson. Fr. 10.

FROMMANN C. Untersuchungen üb. die Gewebsveränderungen bei der multiplen Sklerose d. Gehirns. u. Rückenmarks. Mit 2 Taf. Abdildgn. Imp.-4. Jena. Fischer. M. 10.

FUCHS JOS. Die Gesundheits-Commissionen u. hygienische Studien auf dem Lande. gr. 8. München. J. A. Finsterlin. M. 75.

GOLTSTEIN MART. Üb. die physiologischen Wirkungen d. Stickoxydulgases. Mit 5 lith. Taf. gr. 8. Bonn. Strauss. M. 2.

HARTSTEIN ERNST. Üb. die hämostatische Wirkung der Irrigation v. warmem Wasser bei Verletzung v. Bluttgefässen. Durch Experimente festgestellt. Von der medizin. Facultät der Universität Bonn gekrönte Preisschrift. gr. 8. Bonn. Strauss. M. 2.

HAUSSMANN D. Über das Verhalten der Samenfäden in den Geschlechtsorganen d. Weibes. Berlin. Hirschwald. M. 1.20.

HENKE WILH. Topographische Anatomie d. Menschen in Abbildung u. Beschreibung. Atlas. Zweite Hälfte. Vom Zwerchfell bis zu den Füssen. Tafel XXXIX—LXXX. Fol. Berlin. Hirschwald. M. 22.

HOLMGREN FRITHIOF. Die Farbenblindheit in ihren Beziehungen zu den Eisenbahnen u. der Marine. Deutsche autoris. Uebersetzg. Mit 5 Holzschn. u. 1 Taf. gr. 8. Leipzig F. C. W. Vogel. M. 3.80.

KLETKE G. M. Die Medicinal-Gesetzgebung d. Deutschen Reichs u. seiner Einzelstaaten. 15 u. 16 Hft. 8 Berlin. Grosser. à M. 1.

KÖLLIKER ALB. Entwicklungsgeschichte d. Menschen u. der höheren Thiere. 2 Aufl. Mit 606 Holzschn. u. e. Sachregister. 2 Hälfte. gr. 8. Leipzig. Engelmann. M. 18.

LEICHTENSTERN O. Untersuchungen üb. den Haemoglobulingehalt d. Blutes in gesunden u. kranken Zuständen. Mit 6 Holzschn. gr. 8. Leipzig. F. C. W. Vogel. M. 2.80.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują. Administracyja i księgarnia Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 19 kwietnia 1879. № 16. Rok XVIII.

I. O wyróżnianiu wrzodów wenerycznych części płciowych ze stanowiska klinicznego.

(Odczyt miany na posiedzeniu Tow. lek. krak.)

Przez Dra **Zarewicza**,
prymaryjusza oddz. wener. i skór.

Wiadomo Panom, że przypuszczamy dwa rodzaje wrzodów wenerycznych, które ze względu na swe wejrzenie, przebieg i zachowanie się względem ustroju rozmaite mają znaczenie; wiadomo Panom także, iż części płciowe mogą być również dotknięte innemi chorobami, podobnemi do wrzodów wenerycznych. Uwydatnienie zatem cech wrzodów wenerycznych i wykazanie różnic, jakie zachodzą między niemi a chorobami do nich zbliżonemi niewenerycznemi, jest przedmiotem dzisiejszego odczytu.

W odczycie uwzględnię przeważnie praktyczną stronę przedmiotu. Niechcę zajmować uwagi Panów wyczerpującém opisywaniem wejrzenia, przebiegu i przypadów towarzyszących wrzodom wenerycznym, albowiem sądzę, że one szan. Kolegom dokładnie są znane, natomiast przystępuję wprost do wyróżniania wrzodu stwardniałego od innych zmian niewenerycznych.

W r z ó d s t w a r d n i a ł y w pierwszych dniach swego istnienia nieposiada żadnych cech charakterystycznych, z wejrzenia swego jest on zupełnie podobnym do ekskoryjacyi z jakiejkolwiek przyczyny powstałéj, dlatego też ściśle biorąc rozpoznanie rozpoczynającego się wrzodu stwardniałego powinno zawsze pozostać w zawieszeniu, a choremu niepozostaje w takich razach nic innego, jak tylko poddając się przepisom zaleconym przez swojego lekarza, oczekiwać z cierpliwością dalszego jego orzeczenia.

Leczenie w takich przypadkach powinno się ograniczyć albo do samej czystości, albo co najwięcéj do lekkiéj przymoczki np. z azotanu srebrowego w stosunku 1 : 300; wszelkie wypalania, wycinania, lub tém podobne doraźne zabiegi są zbyteczne, albowiem niezdołają zapobiedz ogólnemu zakażeniu, a z drugiéj strony przyczyniają się do zamącenia w wątpliwym przypadku jasnego poglądu na sprawę chorobową.

Wspomniałem Panom, że wycięcie rozpoczynającego się wrzodu stwardniałego nie jest w stanie zapobiedz ogólnemu zakażeniu, na dowód więc tego przytoczę przypadek na moim oddziale obserwowany, do czego tém bardziéj się poczuwam, o ile niedawno, jak kolegom wiadomo, prof. Auspitz przytoczył szereg przypadków wycinanych wrzodów stwardniałych, w których nie przyszło do ogólnego zakażenia. Niewdając się na teraz w krytyczny rozbiór ogłoszonych przez niego przypadków, przystępuję do opisania mojego.

Otóż w dniu 6 marca r. 1878 przyjętym został na mój oddział Władysław K., okazujący na wewnętrznéj stronie napletka, więcéj po stronie prawéj prącia, dwie małe do wielkości sporego grochu dochodzące ekskoryjacyje skąpą wypociną pokryte, o podstawie bardzo nieznacznie stwardniałéj; gruczoły pachwinowe szczególniéj po stronie prawéj były wymacalne, jednakże z takowych żadną miarą nie można było wnioskować o przyrodzie ekskoryjacyj, które trwać miały dopiero od dni kilku. Odżywienie chorego było bardzo dobre. Na błonie śluzowéj jamy ustnéj, na skórze, niemniéj w gruczołach karkowych i barkowych niezauważano żadnych zmian. Zaleciłem choremu czystość i przymoczkę z słabego roczynu azotanu srebrowego. Gdy jednak w następnych czterech dniach ekskoryjacyje nie tylko nie okazywały żadnéj dążności do gojenia się, ale przeciwnie nieco się nawet zwiększyły, a podstawa ich stała się twardszą, mając już zatém pewne dane do podejrzywania wrzodu stwardniałego, postanowiłem takowy usunąć przez wycięcie, w nadziei, że może w tym przypadku, gdzie dotąd nieprzyszło do żadnych zmian znaczniejszych w gruczołach, potrafię jeszcze chorego zabezpieczyć przed zakażeniem ogólném. Cięcia dokonałem nożyczkami, głęboko i w znacznéj odległości od wrzodu, rana w przeciągu kilku dni zabliźniła się w zupełności, pozostawiwszy lekką bliźnie właściwą stwardniałość. Chory pozostawał jeszcze w szpitalu do dnia 2 kwietnia

w obserwacyi, a w końcu wypuszczonym został z tém zastrzeżeniem, aby w razie, gdyby spostrzegł jakieś zmiany na skórze lub w jamie ustnéj, nieomieszkał się przedstawić. W dniu 12 sierpnia tegoż roku chory zgłosił się ponownie do szpitala twierdząc, że od 5 tygodni uważa wysypkę na ciele i uczuwa ból gardła. Bliższe badanie wykryło: bardzo powierzchowne kłykciny sączące na obu łukach gardłowych, około odbytu zauważano również jednę powierzchowną kłykcinę sączącą; na skórze zaś tułowia i odnóg górnych gęsta wysypka plamista, w miejscu wyciętego wrzodu linearna blizna, gruczoły bardzo nieznacznie zajęte, nieco wybitniéj tylko barkowy prawy, gruczoły pachwinowe wcale nie zajęte. Nigdzie śladu świeżego zarażenia się. Po leczeniu wcieraniami obok leczenia miejscowego chory uwolniony od przypadów kiły wypuszczonym został ze szpitala.

Niemając zamiaru pisać o korzyściach lub niekorzyściach, jakie osiągnąć możemy przez wycinanie wrzodów stwardniałych, wstrzymam się na teraz od wysnuwania ztąd jakichkolwiek wniosków, zastrzegając je sobie na późniéj; chciałem bowiem przytoczyć szan. kolegom fakt (o którym sam nigdy nie wątpiłem), że wycięcie wrzodu stwardniałego nie ochrania chorego od zakażenia ogólnego.

Niemogę się jednak wstrzymać od zwrócenia uwagi kolegów na okoliczność, że w powyższym przypadku objawy zakażenia ogólnego pojawiły się dopiero z końcem 5go miesiąca i cechowały się nadzwyczajną łagodnością, co gdyby się w każdym przypadku potwierdziło, dowodziłoby, iż wrzód stwardniały przez czas swego trwania zasila ustawicznie organizm jadem kiłowym, przez co potęguje działanie tegoż na organizm do pewnego stopnia: z tego powodu usuwanie co najrychlejsze i doszczętne stwardniałości syfilitycznych byłoby wskazaném przy leczeniu kiły.

Wspomniałem Panom, że w pierwszych dniach istnienia wrzodu stwardniałego nie jesteśmy w stanie odróżnić go od zwykłéj ekskoryjacyi; wydarzyć się jednak może, że niecierpliwy pacyjent jest w stanie przedstawić nam osobę, od któréj nabyć miał swoje cierpienie. Tego rodzaju rzadkiéj a pouczającéj sposobności lekarz nigdy pomijać nie powinien! Pamiętać jednak należy, że w przypadkach, w których rozchodzi się o rozpoznanie wrzodu stwardniałego, przyczyny powstania jego nie należy odnosić do ostatniego aktu spółkowania, a szczególniéj gdy ten miał miejsce na krótki czas przed okazaniem się cierpienia, ale przypuszczając czas wylęgania się wrzodu stwardniałego mniéj więcéj około 3 tygodni, winę infekcyi przypisać należy spółkowaniu, które w owym czasie się odbyło. Niewolno nam jednak zapominać, że czas inkubacyi wrzodu stwardniałego może być znacznie krótszym lub nierównie dłuższym, jak np. w znanym zapewne kolegom przypadku Fourniera, w którym czas wylęgania się wynosić miał około 70 dni.

Daty te powinien lekarz zachować w pamięci, jeżeli mu się nadarza sposobność konfrontowania i jeżeli z takowego ma osiągnąć pożądane korzyści, a niechce narazić siebie i swego pacyjenta na wyniknąć ztąd mogące nieprzyjemności.

Niezawsze jednak konfrontacyja wyjaśnić może zawiły przypadek, a na dowód tego przytoczę pouczające zdarzenie z méj praktyki prywatnéj, w którém nie dla wątpliwości rozpoznawczych, lecz na żądanie pacyjenta zbadałem kobietę, która zdaniem jego udzieliła mu wrzodu stwardniałego.

W miesiącu listopadzie roku zeszłego podczas mych godzin ordynacyjnych przedstawiła mi się prostytutka X. prosząc mnie o jak najdokładniejsze zbadanie, albowiem czując się najzupełniéj zdrową, posądzoną została o zarażenie swego stałego klijenta, który już od dłuższego czasu pozostaje w leczeniu u jednego z kolegów z powodu szankra. Tegoż samego dnia zaproszony zostałem do zbadania stanu chorobowego pana Y. pacyjenta, o którym mi X. wspominała.

Badanie prostytutki nie wykazało na zewnętrznych częściach płciowych ani śladu obecnéj lub przebytéj jakiejkolwiek choroby wenerycznéj a tém mniéj kiły; wejście do pochwy, pochwa sama i część pochwowa macicy nie okazywały również żadnych zmian chorobowych. Błona śluzowa jamy ustnéj i skóra nie przedstawiały żadnych zboczeń, natomiast w gruczołach chłonnych wyśledzić można było lekkie zwiększenie takowych, jako pozostałość po przebytéj kile, na którą leczyła się przed kilku laty w szpitalu.

Pacyjent zaś, który według własnego opowiadania z nikim innym od dłuższego czasu niespółkował, prócz z wyżéj wspomnianą osobą, liczy około 50 kilku lat, jest dobrze odżywionym i okazywał w części grzbietowéj prącia na wewnętrznéj stronie napletka wybitny wrzód stwardniały z bezbolesném zwiększeniem gruczołów pachwinowych prawych, gruczoły barkowe również obustronnie powiększone. Pod koniec miesiąca listopada wystąpiła na tułowiu i odnogach górnych wysypka plamista miejscami lekko wyniosła.

W obec braku jakichkolwiek zmian chorobowych z jednéj strony, kiła niewątpliwie świeżo nabyta u pacyjenta, który wspomnioną kobietę obwiniał o udzielenie mu takowéj z drugiéj strony; zachodzi więc pytanie, jak sobie tłumaczyć należy udzielenie w tym przypadku kiły?

Ażeby kolegów niepozostawić dłużéj w wątpliwości co do sposobu nabycia kiły w tym przypadku, wspomnę, że w trojaki sposób mogła tu być kiła nabytą:

1) Kiła u pomienionéj kobiety powróciła pod formą nieznacznéj zmiany na częściach płciowych, która w krótkim czasie zagoiła się niepozostawiwszy obecnie żadnego śladu, tém bardziéj, że od czasu infekcyi do dnia, w którym badaną była przezemnie, upłynął już był dłuższy przeciąg czasu. Pierwsza t możliwość wydaje mi się być najprawdopodobniejszą.

2) Krew jako taka u osób syfilitycznych, w pewnych nam bliżéj jeszcze nieznanych warunkach, może także udzielić kiłę, spółkowanie w powyższym przypadku nieodbywało się podczas menstruacyi, a niewiadomą jest rzeczą, czy podczas aktu niewynaczyniła się krew, śladów jednak takowéj nie zauważano.

3) Trzecią ewentualność jakkolwiek najmniéj prawdopodobną chociaż możebną przytoczę już dlatego, że w pewnych razach rzucić może wyjaśniające światło na źródło infekcyi. Tyczy ona się tak zwanego pośredniego udzielenia kiły *(Contagion médiate)*.

Doświadczenia Culleriera z ropą szankra, a Tarnowskiego z wydzieliną wrzodu stwardniałego, dowiodły stanowczo, że jeżeli wydzielina jednéj z tych zmian złożoną zostanie na powierzchni nieobrażonéj błony śluzowéj wejścia do pochwy lub saméj pochwy, takowa może pozostawać tamże do jednéj godziny niepociągając za sobą żadnych następstw, jeżeli części te po upływie tego czasu starannie wymyte zostały. Doświadczenia te potwierdzają również spostrzeżenia lekarskie. I tak opowiada Puche następujące spostrzeżenie ze swéj własnéj praktyki: Pewien mężczyzna wkrótce po swém ożenieniu się spotkał się z dawniejszą swoją kochanką, z którą spółkował, poczém powróciwszy do domu zaspo-

koił żądania swéj połowicy. W jakiś czas po tem zdarzeniu pojawił się u téj ostatniéj wrzód na częściach płciowych, który wywołał ciężką kiłę; małżonek jednak pozostał wolnym od wszelakiéj zmiany. Bardziéj przekonywającym jest przypadek Ricorda, który w listach swych do p. Amadeusza Latoura podaje: Młoda para małżonków zaprosiła pewnego razu na śniadanie swego przyjaciela domowego. Sér jednak na wety podany niepotrafił zaspokoić wzburzonych namiętności przyjaciela domu, korzystając więc z chwilowéj nieobecności małżonka nagłą sprawą do sklepu powołanego, zaspokaja takowe w właściwszy sposób. Po czarnéj kawie szczery i skromny przyjaciel oddala się, a wkrótce potém małżonek wkracza w swe prawa małżeńskie! W 3 dni potém pokazuje on Ricordowi szankra w cewce moczowéj, podczas gdy żona zbadana nieprzedstawiała żadnych oznak chorobowych. Zagadka jednak rozwiązaną została, gdy przyjaciel i żona wydali swoją tajemnicę. Kochanek posiadał szankra w rowku wieńcowym żołędzi!

Również wcale nie rzadkie są przypadki pośredniego udzielania kiły oseskom przez mamki kilkoro naraz dzieci karmiące.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Smierć nagła w rekonwalescencyi po dyfteryi.

Opisał Dr. **Stanisław Cięglewicz** w Jaśle.

E. G. chłopczyk 6cioletni we wiosce W., dość dobrze odżywiony i zbudowany, o władzach umysłowych nad swój wiek rozwiniętych, przebył w młodszym wieku ospę łagodną, a przed rokiem chorobę gorączkową tydzień trwającą, którą lekarz pod ten czas go obserwujący uważał za dur, z którego wyzdrowiał zupełnie. Obecnie, t. j. dnia 4. grudnia, chory od 3 dni skarży się na silny ból głowy i w szyi po stronie lewéj, gdzie też rzeczywiście pod uchem lewém widać ciastowate obrzmienie wielkości orzecha laskowego. Apetytu nie ma żadnego i tylko z trudnością mogą go rodzice namówić do przyjęcia płynnego pokarmu. Zazwyczaj bardzo rozmowny, obecnie nie troszczy się o swe otoczenie, jest śpiący, odpowiada jednak nader trafnie i rozsądnie.

Przy obejrzeniu gardła okazują się obydwa migdałki znacznie obrzmiałe, silnie zaczerwienione a po wewnętrznéj stronie wzdłuż obu migdałków widać dwie szklące białe smugi do $\frac{1}{2}$ cm. szerokie. Gruczołki szyjne szczególnie po stronie lewéj wybitnie powiększone, zresztą żadnych nie ma zboczeń w narządach wewnętrznych. Głos dziecka nie jest chrypliwy, ale nosowy, dziecko też od czasu zapadnięcia często noskiem pociąga, co rodzice za katar nosowy uważali. Ciepłota ciała 39°, tętno 130. Wobec tego obrazu chorobowego rozpoznałem dyfteryję, na migdałkach i błonie śluzowéj nosa usadowioną, a stosownie do tego zaleciłem płókanie z *Aq. calcis* i *Aq. dest. aa. pp. aeq.*, wewnętrznie zaś podałem *Kali chloricum* (2·5 : 150) i 0·5 *Chinini muriat.* pod noc obok dyjety płynnéj a posilnéj.

Przy następném widzeniu dziecka 6. grudnia zmienił się obraz chorobowy w gardle: w miejsce smug białych tylko po wewnętrznéj stronie usadowionych, całe migdałki i mały rąbek podniebienia miękkiego zajęte szarą wypociną, mowa nosowa, dziecko też dzisiaj skarży się na ból gardła, zresztą prócz znaczniejszego osłabienia nie ma zmian innych. Tętno i ciepłota mniéj więcéj na jednéj wysokości się utrzymują. Tym razem zapędzelkowałem chore miejsca *cum liq. ferr. sesquichlor.*, a ponieważ dziecko mimo najlepszych chęci nie mogło płókać dostatecznie, przeto użyłem pulweryzatora Richardsona polecając zapisane płókanie co 2 godz. rozpylać w gardło.

7go grudnia. Stan ogólny ten sam co i dnia poprzedniego, przełykanie jednak płynów znacznie utrudnione i bolesne, tak że dziecko trudno namówić do przyjmowania tychże, gdy natomiast gałkę z opłatka osłaniaującego chinin przełyka z łatwością. Nadto prawie przy każdém przełykaniu płynu część tegoż wraca się noskiem, jako dowód procesu chorobowego na podniebieniu miękkiém, które przy przełykaniu nie może dostatecznie zamykać tylnych otworów nosowych.

Taki stan utrzymywał się aż do 8 grudnia, podczas tego dziecko nigdy nie majaczyło, zawsze było przytomne choć apatyczne, gdy nagle wieczorem omdlało, a przywrócone do przytomności było nader blade. Ciepłota w jednéj chwili opadła tak znacznie, iż musiano ciepłe bańki w nogi postawić i podać 2 łyżeczki wina, zarazem i tętno ze 128 uderzeń przed chwilą opadło na 45. W parę godzin polepszył się stan ogólny dziecka, ciepłota doszła do 37°, tętno do 50. Zaleciłem dalsze używanie pulweryzatora i wziewania pary wodnéj dla tém szybszego sprowadzenia oddzielenia się wypocin, obok dyjety płynnéj wzmacniającéj.

9go grudnia. Stan zdrowia lepszy, zupełnie bezgorączkowy, dziecko jakkolwiek jeszcze mało zajmuje się otoczeniem, jednak okazuje swobodniejszy wyraz twarzy, głos wolny zupełnie (chociaż jak i dawniéj nosowy) i oddech spokojny. Dopomina się samo o jedzenie mimo utrudnionego połykania. Zmniejszyłem dzisiaj dawki chininu na 0·35 dziennie, a zaprzestałem podawania chloranu potasowego.

10go grudnia. Dziecko widocznie zdrowsze, prawie cały dzień się bawiło, rozmawiało, skarząc się tylko na ból w gardle przy połykaniu. Ciepłota i tętno zupełnie prawidłowe. Dnia tego podczas méj nieobecności nastąpił dość znaczny krwotok z nosa, który jednak ustąpił bez żadnych dalszych zabiegów. Sprawa na podniebieniu odpowiednio do ogólnego stanu także się polepsza, z jednego migdałka wypocina już znikła, widać tylko znaczne zagłębienie o nierównéj żółto zabarwionéj powierzchni, na drugim jednak migdałku jest jeszcze wypuklenie wywołane szarą wypociną dyfteryczną. Płyny przy przełykaniu kroplami odchodzą ciągle przedniemi otworami nosa. Stan więc dziecka był zupełnie zadowalający, pozwalał coraz lepiéj rokować mimo ciężkiéj choroby, gdy nagle wieczorem zrywa się dziecko z najspokojniejszego snu, siada na łóżeczku, wodzi błędnemi oczami w około, sili się do kaszlu, do oddechu, a nie mogąc zaczerpnąć powietrza nieprzytomnie pada na łóżeczko. Przywołany natychmiast widziałem te ostatnie chwile, gwałtowne a nadaremne wysilenia do oddechu i prawie natychmiastową śmierć. Wszystkie środki ratunku, któremi mogłem na razie rozporządzać, okazały się daremnemi; sztuczne oddychanie, wprowadzenie palca za nagłośnię celem usunięcia ciała obcego, drażnienie podniebienia miękkiego i podstawy języka celem wywołania wymiotów, skrapianie winem, nie zdołało przywrócić oddechu a raczéj usunąć zawady z tchawicy: śmierć nastąpiła z uduszenia, przyczém była erekcyja prącia.

Przebieg ten choroby zasługuje na uwzględnienie dokładniejsze. I tak cała choroba mimo swéj złośliwéj natury i śmiertelnego zejścia miała przebieg łagodny, gorączka trwała 8 dni z miernem tylko natężeniem, bo nie przekra-

czała nigdy 39° C., nie było też nigdy majaczenia. Proces chorobowy umiejscowiony tylko na podniebieniu miękkiém, migdałkach i błonie śluzowéj nosa, nie posunął się na krtań, nie było bowiem ani chrypki ani jakichkolwiek uciążliwości przy oddychaniu. Charakterystyczną była nagła zmiana 8go dnia choroby, gdy wśród objawów lekkiego zapadu spadła nagle ciepłota i tętno, a stan ten bezgorączkowy utrzymywał się przez następne dwie doby aż do końca życia, wśród którego z każdą godziną widać było polepszenie w stanie ogólnym dziecka. Nie waham się więc uważać stan ten jako przesilenie, które w tym stanie zachowywało się zupełnie jak w innych ostrych gorączkowych chorobach, n. p. zapaleniu płuc, durze osutkowym i t. p.

Najważniejszém jednak, a co mnie właściwie skłoniło do opisania przypadku tego, było śmiertelne zejście. Ponieważ krtań przez cały czas choroby nie była zupełnie zajęta sprawą dyfterytyczną, dziecko nie było zresztą chorobą tak dalece osłabione, owszem tętno aż do samego napadu zaduszenia było pełne, nagłośnia przy obmacaniu nie okazała się obrzmiałą, a mimo tego jednak dziecko skończyło wśród objawów uduszenia, jak to dowodzi nagłe ustanie oddechów, przy tętnie nitkowatém jeszcze parę minut się utrzymującém i erekcyi prącia, przeto koniecznie przypuścić trzeba, iż uduszenie nie było przypadkowém, że dziecko zasnąwszy mocniéj nie spostrzegło zawczasu, jak mu błonka dyfteryczna powoli zsunąwszy się za nagłośnię, wpadła do krtani a zatykając odrazu przewód oddechowy zupełnie, odebrała przytomność a z nią i możność ratowania się przez odkaszlanie. Tłumaczenie to jest tylko przypuszczeniem, wynikłém z obserwacyi za życia, przypuszczenie to jednak uważam prawie za pewne, chociaż sekcyja tego nie potwierdziła, gdyż o niéj w tym przypadku i mowy być nie mogło. *)

Tego rodzaju smutnego zejścia nie spostrzegłem nigdy jeszcze przy dyfteryi, ani też w dostępnéj mi literaturze nigdzie nie znalazłem wzmianki, aby błony na podniebieniu usadowione mogły oddzielając się stać się przyczyną śmierci, dlatego też na nagłą śmierć w tym przypadku nie byłem wcale przygotowany. W obec jednak możebności tego faktu nie należałoby dzieciom w tym okresie choroby się znajdującym pozwalać mocniéj zasypiać, owszem często je budzić, często oglądać podniebienie, aby się naocznie przekonać, czy błona nie jest bliską oddzielenia się: zresztą należałoby zawsze mieć pod ręką narzędzie do tracheotomii, w tym przypadku bowiem tracheotomia byłaby mogła życie uratować, gdybym był przewidział tę ostateczność i był zaopatrzony w odpowiednie narzędzia.

* Jakkolwiek ze zdaniem tu wyrażoném Redakcyja się nie zgadza, zamieszcza opis tego przypadku mając nadzieję wywołania dyskusyi piśmiennéj.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Arlt: **Przyczynek do etyjologii zapalenia rogówki**

Sprawozdanie Dra Henryka Blumenfelda w Badenie.

Po ogólnikowém skreśleniu przypadów, cechujących zapalenie rogówki, rozróżnia autor, uwzględniając powstawanie tego cierpienia, dwa główne działy. Do pierwszego zalicza wszystkie przypadki, w których rogówka jest wyłącznie lub przynajmniéj początkowo i przeważnie zajętą. Jestto forma pierwotna. Do drugiego należą przypadki, nierównie częstsze, w których zapalenie rogówki jest następstwem cierpienia innych części oka. Jestto forma wtórorzędna. Przy rozpoznawaniu tych form należy jednak uwzględnić możebność równoczesnego zadziałania jednéj i téj saméj szkodliwości na dwie lub kilka tkanin oka, np. istoty żrącéj kiły dziedzicznéj itd. Przez ściśle atoli obserwowanie odnośnych przypadków, dokładne wywiady i znajomość pewnych prawideł, ustalonych przez doświadczenie, nabywa się z łatwością wprawy w ocenianiu stosunku etyjologicznego sprawy zapalnéj, zajmującéj równocześnie dwie lub kilka błon oka. I tak np. wiemy, że zapalenie tęczówki prawie nigdy (z jedynym późniéj opisanym wyjątkiem) nie wywołuje zapalenia następowego rogówki, podczas gdy zapalenie rogówki ropne głęboko sięgające prawie zawsze za sobą pociąga zap. tęczówki lub ciała rzęskowego. Ropnemu zapaleniu rogówki towarzyszy stale nieżyt spojówkowy, wszelkie zaś inne zapalenia rogówki nie wywołują nigdy wprost cierpienia spojówki.

Po tych uwagach wstępnych przystępuje autor do wyliczenia i zwięzłego skreślenia najpierw form zapalenia następowego rogówki z uwzględnieniem następujących chorób oka, jako etyjologicznych.

1) Zapalenie spojówki. Wpływ tego cierpienia na rogówkę objawia się prawie zawsze wytwarzaniem się wrzodów. Szczególniéj w ostrym nieżycie spojówki widzimy często na rogówce przybrzeżne, do wielkości ziarnka maku dochodzące, powierzchowne wrzodziki, o dnie z początku szarém, późniéj czystém, które szybko bez śladu znikają, lub też wrzody większe i głębsze, które rozprzestrzeniając się wzdłuż samego brzegu rogówki przyjmują kształt sierpowaty i okazują większą dążność szerzenia się w kierunku obwodu rogówki, aniżeli w głąb. Blizna po nich pozostająca może się zupełnie wyjaśnić, lub przedstawia się czasem jako łuk szarawy, podobny do łuku starczego. Jeżeli wrzód zajął głębsze warstwy i mniéj więcéj trzecią część obwodu rogówki, wtedy wywołać może w dalszém następstwie przepuklinę rogówkową. Autor zauważył przypadki (szczególnie u osób starszych), gdzie dwie trzecie a nawet cała rogówka przez wrzód była okrążoną. Część rogówki niezajęta przedstawia się wtenczas jakby wypukłona, okazując przytém tuż obok wrzodu rozpulchnienie tkaniny i lekkie przyćmienie. W dwóch przypadkach zastósował autor w ostatnim czasie opaskę uciskową z wybornym skutkiem; przypadek, obserwowany przed wieloma laty, skończył się utratą wzroku na obydwóch oczach. Obecność opisanych wrzodów rogówki nie przeszkadza w używaniu środków wskazanych przeciw cierpieniu spojówkowemu. Przy znaczniejszém atoli przekrwieniu naczyń rzęskowych, znaczniejszym bólu, światłowstręcie i łzawieniu, rozczyny ściągające, jakoto: ałunu, siarkanu miedzi i cynku, zazwyczaj nie są odpowiednie i wtedy zapuszczanie atropinu lub wcieranie maści c. extr. belladonnae w czoło, a w razie grożącego przedziurawienia lub wydęcia rogówki opaska uciskowa, stanowią najodpowiedniejszą terapiję. Zapalenie rogówki zauważane przy śluzoropotoku ostrym występuje zwykle w czasie największego obrzęku powiek i spojówki gałkowéj. W środkowéj części lub też wzdłuż brzegu przeważnie górnego ulega rogówka w skutek nacieku ropnego szybkiemu rozpadowi, który szerząc się głównie w płaszczyźnie staje się dla oka niebezpiecznym. Co do przyczyny powstawania tych nacieków a następnie wrzodów, istnieje obecnie dwojakie zapatrywa-

nie. Podczas gdy jedni przypisują wydzielinie spojówkowéj podczas śluzoropotoku pewne własności (wprawdzie bliżéj nie znane), wywierające wpływ niszczący na rogówkę, uważa autor ucisk na naczynia odżywcze rogówki, wywołany nietylko przez znaczny naciek powiek ale także i spojówki gałkowéj (*chemosis*), za najprawdopodobniejszą przyczynę. Cały proces zapalny w rogówce przedstawia się zatém jako rodzaj nekrozy. Fakta, że rogówki zaopatrzone w skutek dawniejszych zapaleń w naczynia, nie ulegają tak łatwo rozpadowi i że w ogóle tylko przy obecności znacznéj chemosis wrzody opisane się tworzą, przemawiają za trafnością przytoczonego tłumaczenia. Zmniejszenie ucisku na naczynia odżywcze rogówki (drogą operacyjną) jest zatém głównym celem terapii. Śluzoropotok przewlekły zagraża rogówce albo przeniesieniem sprawy zapalnéj wprost z spojówki na błonę Bowmana jako łuszczka (*pannus*), lub pośrednio przez wywołanie zapalenia urazowego w skutek trichiasis (rzadziéj distichiasis) lub entropium. Łuszczka objawia się wystąpieniem drobnych ziarn wypocinowych i wytwarzaniem się naczyń na powierzchni rogówki; rozpoczyna się zwykle przy brzegu górnym rogówki, rzadziéj z boku lub dołu. Przy odpowiedniém leczeniu wypocina może uledz wessaniu, przyczém naczynia znikają; częściéj jednak powstają w skutek ropnego rozpadu wypociny mniéj lub więcéj głębokie, okrągłe wrzody, które w dalszym przebiegu zlewając się przyjmują formę rozmaitą nieregularną. Okazują większą dążność szerzenia się w głąb aniżeli w płaszczyźnie, prowadzą często do przedziurawienia i odsłonienia tęczówki i pozostawiają bliznę po sobie na zawsze. Jeżeli na wewnątrz skierowane rzęsy drażnią rogówkę, powstaje na takowéj rodzaj modzelowatego zgrubienia, barwy szarawobiałéj, mdłego połysku, jak gdyby na rogówce był przylepiony kawałek bibułki. Innym razem powstaje mniéj lub więcéj głęboki wrzód, lub jasnoszare przyćmienie sięgające w głąb z naczyniami głęboko w tkaninie rogówki rozprzestrzenionemi. Mimo dokładnego usunięcia rzęsów już część rogówki zajęta nie wraca do stanu prawidłowego, modzel pozostaje, wrzód się zabliźnia, naczynia wytworzone wprawdzie znikają, przyćmienie jednak się utrzymuje. Przy zapaleniu dyfterytycznem spojówki grozi rogówce zniszczenie zupełne, jeżeli spojówka gałkowa w około lub w większéj przestrzeni jest nacieklą; jeżeli zaś ogranicza się ognisko dyfterytyczne do małéj tylko części sąsiedniéj spojówki gałkowéj, a chemosis nie dochodzi do znacznego stopnia, wtedy tylko część rogówki granicząca z nacieklą spojówką ulega rozpadowi z następowém zabliźnieniem. Do najliczniejszych należą zapewne przypadki zapalenia rogówki w skutek zapalenia spojówki zołzowego. Cierpienie to rogówki opisane pod nazwą Keratitis superficialis phlyctaenulosa, pustulosa, herpes v. eczema corneae, rozpoczyna się zawsze w błonie Bowmana. Uważając błonę tę za dalszą zmodyfikowaną część spojówki i uwzględniając zresztą tak częste równoczesne wystąpienie tego cierpienia na spojówce gałkowéj, mimo woli przychodzimy na myśl, że nawet w tych przypadkach, gdzie rogówka jest wyłącznie lub początkowo zajętą częścią oka, zachodzi pewien ścisły stosunek obu tych cierpień względem siebie i do pewnéj przyczyny wspólnéj. Cierpienie to objawia się powstawaniem ograniczonych okrągławych drobnych wypocin w brzegu rzęskowym, ulegających rozpadowi, w skutek czego wytwarzają się wrzody okrągłe, o dnie szarém lub szaro-żółtém, brzegach wywiniętych, szerzące się raz więcéj w płaszczyźnie, innym razem więcéj w głąb. Często sadowią się owe wypociny w ten sposób, że znajdują się po części w obrębie brzegu, po części zaś na błonie Bowmana i wtedy wytwarza się czasami owa szczególna forma nazwana miotełką naczyniową (*scrophulöses Gefässbändchen* Fischer) opisana także jako *keratitis vasculosa*. Polega ona na tém, że wypocina ulegając w połowie obwodowéj (tj. bliżéj brzegu rogówki leżącéj) ciągłemu rozpadowi i wśród wytwarzania się naczyń wessaniu, szerzy się w połowie środkowéj bądź w linii prostéj, bądź łukowatéj; naczynia za wrzodem ciągle postępują i przedstawiają się w końcu w postaci miotełki. Wrzody te nie przebijają nigdy rogówki, goją się nareszcie, zostawiając odpowiednią linijową bliznę, mogącą się wyjaśnić zupełnie. Czasami się zdarza, że cierpienie rogówki w zapaleniu zołzowém spojówki przedstawia się w postaci łuszczki; widzimy wtedy liczne drobne wypocinki na rogówce, poprzegradzane powierzchownie ułożonemi naczynkami; przy rozpoznaniu uwzględniamy zachowanie się spojówki. Autor nadaje temu cierpieniu nazwę dawniejszą „zapalenia zołzowego“ w przekonaniu, iż polega wyłącznie na tle zołzowém, gdyż według własnego doświadczenia w przynajmniéj 90% obserwowanych przypadków znajdowały się równocześnie i w innych częściach ciała oznaki wybitne zołzów. Także skuteczność terapii przeciwzołzowéj przemawia za słusznością tego twierdzenia. Nazwa ta polegająca na rozpoznaniu klinicznem jest zresztą już dlatego odpowiedniejszą od wszelkich innych na podstawie anatomicznéj opartych, że wskazując wprost przyczynę cierpienia, nasuwa sama przez się prognozę i sposób leczenia. *Acne rosacea* i *acne cachecticorum* wywołują czasem na rogówce drobne wrzodziki powierzchowne, czyste, które bardzo długo trwać mogą. Przy *herpes zoster ophthalmicus* zauważył autor tylko w jednym przypadku wrzod na brzegu rogówki. Również raz tylko miał sposobność obserwowania *herpes corneae* opisanego najpierw dokładniéj przez Hornera (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1871).* C. d. n.

Dr. R. Emmerich: **Die Einwirkung verunreinigten Wassers auf die Gesundheit.** (*Zeitschrift für Biologie* T. XIV. 1878). Sprawozdanie Dra J. Buszka.

(Dokończenie. Patrz Nr. 15.)

E. pił wodę przez 14 dni (po $^1/_2$—1 litra dziennie) z potoka najbardziéj w Monachijum zanieczyszczonego, w któréj na litr było pozostałości stałéj około 300, chloru 17, amonijaku 2, części organicznych 1134. Pierwszego dnia cierpiał już E. nieżyt żołądkowy z obłożeniem języka, zatkaniem, brakiem łaknienia i lekkim bólem głowy. W 2gim dniu był stan żołądka taki sam. W 3cim dniu miał E. dwa stolce, a w następnych dniach wrócił apetyt i ustąpiły wszelkie dolegliwości. Dalsze picie wody nie wpłynęło niekorzystnie na chorobę. Oprócz E. pili też samą wodę dwaj chorzy, z których jeden miał przez 5 dni zatkanie żywota, język obłożony, brak apetytu i bóle w łydkach. Stan jego zdrowia po wypiciu 600 c. sześć. naczczo wieczór się nawet o tyle polepszył, że nastał stolec. Drugi chory z ogromném rozdęciem żołądka pił tę samą wodę przez czas dłuższy po 500 c. sześć. nie doznając najmniejszéj zmiany w stanie ogólnym.

W miesiąc późniéj miał E. nieżyt żołądka i jelit, pijał tę samą wodę w ilości 600 c. sześć na dobę. W przeciągu tygodnia pomimo picia wody ustało cierpienie bez zażywania jakiegokolwiek środka lekarskiego. Zatém woda w tak wysokim stopniu zanieczyszczona nie sprawiała

w ustroju zdrowym chorobowych zmian, a nawet cierpienie żołądka i jelit nie pogarszało się przy odpowiedniém zresztą zachowaniu się osób do doświadczenia służących. E. wstrzykiwał także wyciąg wodny z potoków monachijskich przyjmujących wodę kloaczną bez wywołania jakichkolwiek szkodliwych następstw dla zwierząt. Skutki przeto jadu gnilnego giną w skutek rozcieńczenia cieczy kloacznéj za pomocą wody rzecznéj i być może, że pierwiastek ten trujący wchodzi w obojętne połączenie.

Chociaż zbyt często wywodzono epidemije z picia wody zanieczyszczonéj istotami gnilnemi, to przecież ani razu nie dano na to dowodu ściśle umiejętnego; często nie rozbierano wody ilościowo, ani też za pomocą doświadczenia nie wykazywano jéj szkodliwości. Wszystkie sposoby oznaczenia części organicznych w wodzie zawartych są niedostateczne. Bergmann i Schmiedeberg starali się wydobyć z wody jad gnilny czysty, lecz bez zadowalającego skutku. E. sądzi przeto, że woda nie zawiera wtedy istót gnilnych zdrowiu szkodliwych żadnych albo w tak małéj ilości, że nie zasługują na uwagę, jeżeli sama albo jéj wyciąg wodny wstrzyknięty dorosłym królikom w ilości 50—80 c. sześć. nie sprowadzi dłużéj trwającego podniesienia ciepłoty nad 1° C. i nie zabije królika. Można zresztą po wysokości gorączki, przebiegu choroby i czasie, w jakim ginie królik, wnosić o sile trującéj a w przybliżeniu i o ilości trucizny. Autor zaleca także w braku lepszego sposobu postępowanie Senatora i Mikulicza, aby robić wyciąg glicerynowy, bo gliceryna nie rozpuszcza soli a na pewne wyciąga istoty gorączkotwórcze. Senator otrzymał z plwocin ropiastych wyciąg glicerynowy, który po wstrzyknięciu pod skórę w dostatecznéj ilości sprowadzał podwyższenie ciepłoty o 2° C. kilka dni trwające. E. badał w ten sposób wodę najbardziéj zanieczyszczoną studzien monachijskich z wynikiem ujemnym. Niektóre z tych wód zawierały do 1727 mg. części stałych, 170 chloru, 280 kwasu azotowego, 5 amonijaku, 511 części organicznych i wyglądały wino-żółto. Ludzie piją takowe, bo są smaczne, orzeźwiające i nie mają odrażającéj woni. E. brał nawet wodę z domów, w których przypadki duru kończyły się śmiercią. W wodach tych nie można było dowieść obecności istót gnilnych i w ogóle szkodliwych, chociaż zawierały do 910 części stałych, 81 chloru, 90 kwasu azotowego, 5 amonijaku na 1000, nie można więc było uważać ich nawet za czynnik usposabiający do choroby. Wszelkie zatém obwinianie wody o wywołanie epidemii bez dowodu chemicznego i bez doświadczenia zalecanego przez E. uważać należy za tradycyjne powtarzanie pacierza za panią matką. Wodę należy w takim razie zbadać nie tylko jakościowo, ale i ilościowo, bo co powiedzieć na to, że nawet sole sodowe i magnezyjowe obwiniano jako przyczyny chorób zakaźnych, jeżeli części organicznych znaleziono za mało, jak np. w epidemii czerwonki w prowincyi Oranii, albo chlorek sodu i żelazo miały być przyczyną epidemii w Holden.

W obec takich faktów za łagodnie jeszcze krytykuje Naegeli podobne postępowanie słowami: „jeżeli na wodę zanieczyszczoną wszystko zwalają, to okoliczność ta jest tylko dowodem, jak przesąd rozpanoszył się i w naukach przyrodniczych, jak mało ocenia się okoliczności i stosunki ilościowe rozstrzygające, jak zwykle sądzi się i postępuje niekonsekwentnie. Zamiast rzecz traktować gruntownie i w sposób przyrodniczy badać, jakie woda zawiera istoty rzeczywiście i w jakiéj ilości, czy takowe w ogóle a w szczególności w ilości znalezionéj działają szkodliwie, błąkają się badacze w domysłach nieprawdopodobnych, pod względem zasad przyrodniczych niemożebnych albo zbitych przez naukę, a gdy jaki przypadek licuje z ich uprzedzeniem, wtedy traktują z lekceważeniem pół tuzina innych przypadków stanowczo przeciwnych."

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VI. z dnia 18go marca 1879 roku.

Przewodniczący kol. Ściborowski. Obecnych członków 13 i jeden członek korespondent.

(Dokończenie. Patrz Nr. 15.)

4) Kol. Buszek odczytał rzecz o najnowszych spostrzeżeniach, dotyczących wpływu wody na zdrowie, oraz o chorobach powstających w skutek używania nieczystéj wody; (została zamieszczoną w Przeglądzie Lekarskim).

W dyskusyi kol. Warschauer podnosi ważność doświadczeń Emmericha przytoczonych przez prelegenta, z których okazało się, że organizm ludzki może znosić picie wody kloacznéj bez szkody, a nawet że w pewnych razach woda taka może być takim środkiem leczniczym, jak kwas siarkowodowy w gośćcu przewlokłym, a amonijak w gośćcu ostrym; jednakże leczenia takiego nikomuby nie życzył. Doświadczenia te zarazem wykazały, że niekoniecznie woda jest źródłem duru, podobnie rzecz się ma zapewne i z innemi chorobami zakaźnemi. W roku 1849 cholera we Wrocławiu panowała najmocniéj w téj części miasta, która zamieszkana była przez ludność najbogatszą, gdzie więc zapewne i najmniéj było warunków zanieczyszczenia wody ściekami kloacznemi. Na powstanie chorób zakaźnych składają się rozmaite czynniki, nie samą wodę więc należy oskarżać o ich szerzenie. Znajomość tego faktu ważną jest nie tylko pod względem higijenicznym ale i ekonomicznym i finansowym. Mówca nie uważa za stósowne, aby doświadczenia tego rodzaju jak Emmericha robić na królikach, zwierzę to zanadto jest drażliwe i niespokojne; sądzi że właściwiéj byłoby do tych doświadczeń użyć owiec albo psów. Zdaniem mówcy panująca dzisiaj teoryja pasorzytnicza powstawania chorób zakaźnych pójdzie w zapomnienie, godzi się przytém przypomnieć zdanie prof. Sigmunda, który w prelekcyjach swoich zawsze powtarza, że najważniejszym środkiem leczniczym jest czystość, a odnieść to trzeba nie do samych tylko chorób skórnych; doświadczenie jednak uczy, że ustrój ludzki ma pewną odporność przeciw wielu szkodliwościom a przykłady Emmericha tylko to zdanie potwierdzają. Kol. prof. Blumenstok powiada, że znał już pracę Emmericha z wyciągu pomieszczonego w jedném z pism lekarskich niemieckich, które traktowało ją nie bez złośliwych przycinków. Istotnie Emmerich zasługuje na podziwienie, że się narażał na nieprzyjemność picia wód kloacznych, ale poświęcenie jego było wcale niepotrzebném bo niepraktyczném. Woda, którą pijał Emmerich, jest gorszą niż woda rozbierana z domu pod Nr. 113 przy ulicy Grodzkiéj, ale wodę tę tylko on pijał, z faktu więc, że Emmerich nie dostał duru ani żadnéj innéj choroby, owszém że pijąc wodę kloaczną wyleczył swój nieżyt jelitowy, nie można zanadto rozległego wniosku wyprowadzać, że woda taka jest nieszkodliwą; owszem na wielu ludzi woda zanieczyszczona istotami organicznemi działa bardzo szkodliwie, wiele osób w wychodkach, w których nagromadzony jest siarkowód doznaje nudności; fakt pojedynczy, że kilkorazowe użycie wody kloacznéj nie sprowadziło choroby, nic nie dowodzi, bo w takich razach z góry przypuścić trzeba, że działanie jest kumulatywne i potrzebuje dłuższego czasu, aby się objawiło zakłócając zdrowie indywiduów zmuszonych do picia wody nieczystéj. Podobno nikt napiwszy się wody z bagna nie pada trupem, a jednak niezawodnie dłuższe używanie takiéj wody, jak często się miewa sposobność przekonać, niemal zawsze szkodliwe następstwa sprowadza dla ustroju. Nie należy zatém lekceważyć znaczenia sanitarnego wody i stawiać pracę Emmericha za dowód, że ten ważny czynnik higijeniczny można lekceważyć. Kol. Buszek przytacza fakt znany mu w Krakowie, gdzie w domu pod Nrem

112 przy ulicy Górnych Młynów przez długi czas treść kloaczna dostawała się do studni wprost przez otwór w dole kloacznym prowadzący do studni, z której wszyscy mieszkańcy czerpali wodę do picia, a mimo to nie zdarzył się w tym domu ani jeden przypadek duru. Prelegent sądzi, że przecież Emmerich oddał ważną usługę, zaprzeczając powstawaniu duru w skutek złéj wody, któréj bardzo powszechnie a zbyt wyłącznie winę powstawania duru przypisywano. Co do użycia królików do doświadczeń mniema, że właśnie drażliwość ich na wszelkie wpływy zewnętrzne robi je do tego celu sposobniejszemi od innych zwierząt, używanych w pracowniach fizyjologicznych. Kol. Warschauer zwraca uwagę, że w Paryżu podczas panowania cholery przekonano się, że właśnie ludzie pracujący około czyszczenia kloak i kanałów na takową nie zapadali. Amonijak, który także posądzano o szczególny wpływ na powstawanie chorób zakaźnych, stósowano nawet przez czas jakiś w chorobie nie z lepszym wprawdzie ale i nie gorszym skutkiem niż inne leki. Kol. Ściborowski namienia że w Królestwie Polskiém w miejscowości Szczytnikach, gdzie się znajduje źródło zawierające gaz siarkowodowy, nie miano nigdy spostrzegać cholery. Kol. Ponikło przypomina, że głównie przypisujemy wodzie przenoszenie przyrzutu duru brzusznego, zapewne i w innych chorobach zakaźnych woda ważną rolę odgrywa, lubo tylko o durze twierdzono tak stanowczo. Kol. prof. Blumenstok sądzi, że fakt, iż amonijak może być z pomyślnym skutkiem zadawanym, nie można wyzyskiwać w ten sposób, żeby i picie przez czas dłuższy wody zanieczyszczonéj amonijakiem miało być nieszkodliwe; arsen jest także lekiem, i to dzielnym, a przecież niktby nie ośmielił się wody zawierającéj arszenik uważać za nieszkodliwą. Co się tyczy zamknięcia studni w domach, w których obecnie w Krakowie wybuchła epidemija miejscowa, to jest ze stanowiska higijenicznego zupełnie usprawiedliwioném i słuszném, trudno w tym razie szukać szkodliwości ogólnych kosmiczno-tellurycznych i takowe obwiniać o powstanie duru w miejscowości ograniczonéj. Kol. Buszek zastrzega się przeciw mniemaniu, jakoby chciał lekceważyć potrzebę picia wody czystéj i bynajmniéj ważności dobréj wody pod względem higijenicznym nie lekceważy, ale chciał tylko wystąpić przeciw twierdzeniu, jakoby woda miała być jedyną przyczyną duru. Zwracając się do obecnéj epidemii lokalnéj w Krakowie objaśnia, że między domami Nr. 113 i Nr 112 w ulicy Grodzkiéj, jako też cokolwiek daléj położonym cyrkiem, w którym także jeden przypadek duru się zdarzył, a zamkiem, przechodzi kanał płytki o małym spadku, niegdyś służący tylko do odprowadzenia wód meteorycznych, który dzisiaj jednak prowadzi i treść kloaczną z domów w pobliżu leżących a późniéj zbudowanych. Cały grunt miejscowy w okolicy podzamcza musi być mocno zanieczyszczonym, bo tam spływa bardzo wiele nieczystości w skutek spadzistości miejsc otaczających wyżéj położonych, a kanał jest bardzo wadliwy. Fakt że w téj okolicy wybuchła właśnie epidemija miejscowa duru przemawia za teoryją Pettenkofera i Buhla a przeciw teoryi o szkodliwości wody. Kol. Czerwiakowski podnosi, że przyczyny wywołujące chorobę mogą być bardzo rozmaite, przy usposobieniu wielu ludzi pijąc wodę zanieczyszczoną może dostać duru. Działanie zaś na zwierzęta nie da się w tym razie żadną miarą zastósować do ludzi, świniom np. żywienie się padliną doskonale służy, a człowiek przecież gdyby spożył mięso zgniłe z pewnością przypłaciłby to chorobą. Kol. Warschauer nie lekceważy także dobréj wody i radby, aby Kraków miał jak najprędzéj czystą wodę do picia. W przypadku obecnéj epidemii lokalnéj, wody o wywołanie duru nie można obwiniać; woda w domach, w których się dur obecnie pojawił, od dawna była złą, a duru tam nie było, a teraz chociaż studnie zamknięto, dur nie ustaje.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Skórkowski.*

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie I z dnia 8 stycznia 1879.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia

1) Przewodniczący wniósł, aby zawiązać stosunki z Towarzystwem balneologiczném odeskiém, któremu przewodniczy Dr. Moczutkowski. Wniosek ten jednogłośnie przyjęto.

2) Dr. Skórczewski uczynił wniosek, aby Komisyja balneologiczna poczyniła odpowiednie kroki w celu postawienia zakładu gimnastycznego w Krynicy na stanowisku odpowiadającém wymaganiom tegoczesnéj gimnastyki higijeniczno-leczniczéj. Wniosek ten po dłuższéj dyskusyi odesłano do komisyi złożonéj z Drów Blatteisa, Zieleniewskiego i wnioskodawcy.

3) Prof Olszewski odczytał wypadek swych doświadczeń chemicznych pod względem zachowania się ilości żelaza w wodzie ze zdroju głównego i Słotwińskiego w Krynicy pod wpływem zmian meteorologicznych. Z tych doświadczeń, wykonanych w Krynicy w ubiegłym sezonie okazało się, że ilość żelaza w obu tych zdrojach ulega pewnym zmianom i to więcéj w zdroju Słotwińskim niż zdroju głównym, a mianowicie, że po deszczach jest mniejszą niż wśród stałéj pogody. Nadto zwraca prelegent uwagę na względnie dosyć znaczną ilość baru (0·02 grm. na 1000) znajdującego się w zdroju Słotwińskim, przyczém namienia, że zdrój Słotwiński a potém zdroje Iwonickie posiadają ze wszystkich znanych zdrojów największą ilość tego ciała, które, jak wiadomo, dawniéj cieszyło się wielkiém uznaniem w celach leczniczych. W końcu podaje prelegent wypadek dotychczasowych poszukiwań chemicznych co do ilości żelaza w wodzie krynickiéj i żegiestowskiéj przy różnych sposobach napełniania flaszek tą wodą, a z tego okazuje się, że dotychczasowe metody napełniania wiele pozostawiają do życzenia w tym względzie i do dziś trudno ocenić, która z tych różnych metod jest lepszą. Po tym bardzo pouczającym z wielu względów odczycie wywiązała się obszerna dyskusyja, w któréj brali udział prawie wszyscy obecni na posiedzeniu.

4) Dr Zieleniewski odczytał część swéj pracy p. t. „O ruchu i rozwoju c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy“.

W zastępstwie sekretarza *Dr. Skórczewski.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Zaraza astrachańska.** Lekarze zebrani w gubernii astrachańskiéj ukończyli swoje czynności i zgodzili się na to, że obserwacyje trwać mają do 22 bm., nadzór zaś lekarski do zimy. Natomiast nie przyszło pomiędzy nimi do zgody pod względem źródła zarazy, albowiem według depeszy protomedyka Biesiadeckiego, zamieszczonéj w *Gazecie Lwowskiéj*, delegaci austro-węgierscy wstrzymali się na teraz od wydania stanowczego orzeczenia, ponieważ nie mieli pewnych wiadomości o chorobach, które panowały podczas ostatniéj wojny w Armenii, podczas gdy prof. Hirsch i Eichwald skłaniali się do zdania, że zaraza zawleczoną została do Wietlanki za pośrednictwem odzieży, a Drowie Kabiadis i Petrescu upatrywali źródło zarazy wietlańskiéj w mieście Reszcie.

Delegaci opuścili już okrąg zadżumiony i wracają do swoich krajów, Dr. Biesiadecki oczekiwany jest we Lwowie już w tygodniu bieżącym. Równocześnie zwinięte zostały inspekcyje sanitarne policyjne, ustanowione od granicy rosyjskiéj w Szczakowéj, Brodach, Podwołoczyskach, Bełzcu Skale i Husiatynie, a tém samém ustaje desinfekcyja sukien i pakunków podróżnych z Rosyi przybywających. Utrzymano tylko warunek, aby przybywający z Rosyi mieli paszporty opatrzone w poświadczenie, że w ostatnich 20 dniach nie znajdowali się w okolicach podejrzanych o dżumę. W związku z temi zmianami pozostaje następujące

Rozporządzenie ministerstw spraw wewn., skarbu i handlu z d. 8 kwietnia 1879 r. odnoszące się do ograniczenia zakazu przywozu i przewozu towarów, wydanego pod d. 1 lutego 1879 L. 15 D. P. P. z powodu niebezpieczeństwa dżumy panującéj w Rosyi Rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych, skarbu i handlu z d. 1 lutego rb. L 15 D. P. P., dotyczące zakazu przywozu i przewozu wielu gatunków towarów z Rosyi, znosi się niniejszém po porozumieniu z król. węgierskim rządem; jednakowoż utrzymuje się jeszcze aż do dalszego rozporządzenia zakaz przywozu i przewozu używanéj bielizny i pościeli, używanéj odzieży, oraz szmat i gałganów wszelkiego rodzaju. Rozporządzeniem ministerstwa spraw wewnętrznych, skarbu i han-

dlu z d. 7 czerwca 1878 L. 50 D. P. P. wydany, a rozporządzeniem z d. 1 lutego 1879 L. 15 D. P. P. tylko co do państwa Niemieckiego zniesiony zakaz przywozu i przewozu pierza, znosi się niniejszém także dla całego okręgu celnego austro-węgierskiego i dalmackiego. Niniejsze rozporządzenie obowiązuje od dnia ogłoszenia. *Taaffe* w r. *Chlumecky* w r *Pretis* w r.

* We Wiedniu obraduje obecnie Wydział Rady państwa nad projektem ustawy o powstrzymywaniu zarazy na bydło.

* Donoszą nam z Warszawy, że sprawa zakładów dla obłąkanych na nowo poruszoną została przez obecnego ministra spraw wewnętrznych, lecz nie spodziewają się wielkich ztąd korzyści dla Warszawy, albowiem powstała myśl urządzenia osobnych zakładów dla każdéj gubernii. Zachodzi bowiem pytanie, gdzie rząd znajdzie dla każdéj gubernii lekarzy obeznanych z psychijatryją, i czy zakłady małe, dla 30—50 chorych przeznaczone, działać mogą korzystnie. Projekt taki naraża tylko na długą odwłokę sprawę tak ważną. Z drugiéj strony głoszą, jakoby projekt urządzenia dla Warszawy zakładu dla 450 chorych miał uzyskać w Petersburgu potwierdzenie. Niedaleka przyszłość okaże, która wersyja jest prawdziwą.

* Od jednego z kolegów szpitalnych otrzymujemy następujący opis nowo urządzonego pawilonu dla obłąkanych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie:

„Pawilon ten jest pod każdym względem drogocennym nabytkiem dla kraju naszego. Gmach okazały frontem ku południu zwrócony z ładnym widokiem na ogrody przyległe, ma wejście główne po szerokich schodach kamiennych prowadzących do obszernego sklepionego kurytarza. Cały budynek podzielony jest na dwie połowy pionowo według płci: część na lewo od wejścia głównego dla mężczyzn, zaś część na prawo dla kobiet. W całym budynku znajduje się troje schodów; główne środkowe prowadzą tylko na Isze piętro, służbowe zaś po końcach budynku aż na strych i do suteren. W suterenach znajdują się dwie izby rzemieślnicze, dwie izby dla służby dwie łazienki, w każdéj po dwie miedziane wanny i kocioł do grzania wody, nadto składy na materyjały, bądź na opał, bądź na inne przedmioty. Obok wejścia głównego jest pomieszkanie odźwiernego oraz gospodarza domu, w kurytarzu zaś kancelaryja i pokój do odwiedzania chorych. Na lewo i na prawo prowadzą drzwi do obszernych korytarzy z oknami na ogrody wychodzącemi, w których chorzy po całych dniach przebywać mogą; takowe bowiem w zimie się ogrzewają. Pożądaném byłoby sprawienie stor, albowiem słońce południowe prawie przez cały dzień mocno chorym dokucza. Z kurytarza wchodzi się do sal chorych, jakich jest 4, oraz do seperatek, których jest dwie, tak u mężczyzn, jakotéż u kobiet. Nadto są po obu stronach tusze. Na I piętrze wprost ze schodów głównych jest wejście do kaplicy, pięknie olejno malowanéj, a obok tejże wejście do pomieszkania sekundaryjusza, z pięknych dwu pokoi się składającego. Na I piętrze w skrajnych rezalitach są pokoje dla spokojnych chorych, tak zwane pokoje Iszéj klasy. Wychodki oraz pisoary spłukiwane bywają wodą, sprowadzaną za pomocą wodociągów, a zlewy z kurkami wodnemi znajdują się tak w kancelaryi lekarskiéj, jakotéż i w pokojach dla służby przeznaczonych. Na kurytarzach, w salach dla chorych, i w ogóle w całym pawilonie zaprowadzone jest oświetlenie gazowe. Sale chorych są widne, wysokie i obszerne. Budynek cały jak również i inne budynki szpitalne wykonany był pod specyjalnym technicznym kierunkiem architekta p. Karola Zaremby, odpowiada on w zupełności celowi na jaki jest przeznaczony. Po zaprowadzeniu odgrodzenia jakotéż i po zasadzeniu naokoło domu drzew będzie pawilon tutejszy dla chorych umysłowych pod każdym względem wzorowym“.

* Namiestnictwo dolno-austryjackie wydało w d. 13 lutego rb. do L. 5023 rozporządzenie tyczące się wykonywania sekcyj nieurzędowych. Według tego rozporządzenia (obowiązującego naturalnie tylko w Austryi dolnéj) sekcyje nieurzędowe wykonywać wolno między 24tą a 48mą godziną po śmierci i to tylko za zezwoleniem odpowiedniego oglądacza urzędowego. Rozumie się samo przez się, że zezwolenia tego nie potrzeba, jeżeli sekcyja odbywa się w szpitalu. Przeciw nie pozwoleniu oglądacza odwołać się można do przełożonéj władzy politycznéj. Nie wolno sekcyi nieurzędowéj przedsięwziąć bez zezwolenia rodziny (z wyjątkiem, jeżeli chory zmarł w szpitalu lub jeżeli po za szpitalem był leczony kosztem publicznym), nie wolno przedsięwziąć takowéj w mieszkaniu ciasném, wilgotném, niskiém, zwłaszcza na osobach zmarłych z choroby zaraźliwéj. Przy sekcyi obecny być winien lekarz ordynujący i oglądacz oraz posługacz, zresztą nie wolno nikomu więcéj być na miejscu i oglądacz winien dbać o oczyszczenie i zeszycie ciała po sekcyi, o desinfekcyję pokoju, w którym sekcyja się odbyła, oraz przedłożyć władzy protokół sekcyjny. Jeżeli podczas sekcyi nastręczają się okoliczności, które wskazują potrzebę uskutecznienia sekcyi sądowéj lub policyjnéj, oglądacz winien wstrzymać sekcyję prywatną i dać znać władzy odnośnéj, jeżeli to być może, drogą telegraficzną.

* W *Centralblatt f. d. med. Wiss.* (Nr. 13 i 14) ogłasza prof. Hueter z Gryfii nowy sposób badania w celach fizyjologicznych i patologicznych pod nazwą *Cheilo-angioskopia*. Ma to być nowy sposób obserwowania obiegu krwi, za pomocą którego zdaniem Huetera ważne niektóre zagadnienia, jak np. zboczenia krążenia w gorączce, otruciu itd. dadzą się rozwiązać stanowczo. Udało się bowiem autorowi wynaleść obszar naczyniowy, który w sposób wygodny dla badającego i badanego i bez obrażenia ostatniego nadaje się do drobnowidowéj obserwacyi obiegu krwi. Tym obszarem jest wewnętrzna błona śluzowa wargi dolnéj. Po należytém odciągnięciu i ustaleniu wargi dolnéj, oraz odpowiedniém ustawieniu mikroskopu, widzi się jakoby śliczny preparat injekcyjny naczyń błony śluzowéj; rozpoznaje się w poszczególnych naczyniach krążenie ciałka krwi i odróżnia czerwone od białych. Można (np. przez ściśnienie wargi wywołać i obserwować zastój żylny, można u poszukujących widzieć skupienie się ciałek czerwonych, w ropieniu kości i stawów u osób zołzowych można sprawdzić pomnożenie ciałek białych itd. Hueter rokuje temu sposobowi badania wielką przyszłość. Nie powtarzamy szczegółów, bo wolimy czekać, czy badania dalsze wykażą praktyczność sposobu podanego przez Huetera

Statystyka epidemij. Ospa łagodnieje w Londynie. Wprawdzie umarło nieco więcéj (17, poprzedniego tyg. 9), lecz w szpitalach pozostaje 276 (z t. 304) i świeżo zapadło 35 (z t. 47). Także w Wiedniu i Budapeszcie umarło mniéj (10), w Petersburgu 32, w Paryżu więcéj (32), w Genewie 4, w Barcelonie 5. W Warszawie Lisabonie zaszło po kilka przypadków śmierci. Odra utrzymuje się w jednakowém nasileniu w Budapeszcie i Paryżu a w Londynie zaczyna się pojawiać. Przypadki śmierci z duru brzusznego zaszły w Wiedniu, Odesie, Wenecyi i Petersburgu. *(Veroeffent. d. k. d. Gesundh.)*

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 14 (od 30 marca do 5 kwietnia) umarło w Krakowie osób 28; męż. 11 i kob. 17; w obwodach osób 17, w szpitalach 11; roczna śmiertelność na 1000 wynosiła 25,8. Z chorób zakaźnych umarły 3 osoby: 1 z dławca, 1 z duru brzusznego, 1 z duru osutkowego. Doniesiono od 6—12 kwietnia o następujących przypadkach chorób zakaźnych: 2 dławca (z ul. Karmelickiéj L. 45 i z ulicy Grodzkiéj L. 80); 2 duru brzusznego (z ul. Wielickiéj L. 341 i z Olszanicy); 3 duru osutkowego (od Hanzlika od ks. Misyjonarzy; z ul. Długiéj L. 9); 2 ospianki (z ul. Garncarskiéj L. 145).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn 17 kwietnia. Dnia 8 bm. odbyła się w Warszawie, jak zapowiedzieliśmy w Przeglądzie lek., uroczystość 25éj rocznicy sprawowania obowiązków lekarza Instytutu oftalmicznego przez prof. Szokalskiego. W południe zgromadzili się w zakładzie okuliści warszawscy, z kuratorem ks. Tadeuszem Lubomirskim i inspektorem szpitali warsz. prof. Waltherem na czele, Po przemówieniu kuratora zabrał głos inspektor szpitali w języku francuzkim, wymieniając zasługi jubilata i oznajmując mu uchwałę Rady Dobroczynności, mocą któréj dotychczasowa płaca Jubilatowi została podwyższoną. Następnie Dr. Talko wręczył prof. Szokalskiemu portret jego, otoczony 15ma portretami współczesnych okulistów polskich wykonany sposobem litograficznym przez p. Walkiewicza. Przemówienie kol. Talki, mieszczące w sobie historyję zakładu, podajemy dosłownie według Echa warszawskiego:

„Upłynęło już zgórą pół wieku jak w grodzie tutejszym istnieje fundacyja niespożytéj pamięci dobroczyńcy na oczy. Z le-

gatu ś. p. Edwarda ks. Lubomirskiego powstał w 1823 r. Oftalmiczny Instytut w chwili, kiedy zaledwie zaczęto myśleć o podobnych instytucyjach w zachodniéj Europie, a na wschód od Wisły nie było ani jednego specyjalnego Zakładu dla leczenia chorób ocznych. Najstarszy szpital oczny jest w Pradze (1790 r.), po nim idzie Wiedeński (1811), następnie otwarto w Manchester (1814), Lipsku (1820), w Birmingham i Monachium jednocześnie powstał z warszawskim Instytutem (1823 r.), w Moskwie założony 1826 r. Wyprzedziliśmy zatém pod tym względem inne kraje. Półwiekową działalność Instytutu Oftalmicznego oceniono już w nauce, w narodzie i u sąsiadów naszych. Rozwój jego idzie postępowo naprzód i mamy niepłonną nadzieję, iż jeśli kierownictwo zakładu i nadal będzie oddawane ludziom pracy i nauki, to spływać ztąd nieprzestaną nieocenione dobrodziejstwa dla cierpiących, a dla szybko postępującéj oftalmologii zbiorą drogocenne materyjały pod względem statystyki i kazuistyki. Początkowo Instytut skromnie mieścił się w zabudowaniach szpitala Dzieciątka Jezus, gdzie do r. 1835 zostawał. Następnie przeniesiono takowy do zabudowań od szpitala Starozakonnych przy ul. Marszałkowskiéj nabytych, gdzie, przyznać należy, pożądanym wynikom leczenia nie sprzyjały złe warunki higijeniczne. Od 1870 r. Instytut Oftalmiczny mieści się w tym oto gmachu, przy ul. Smolnéj, przedstawiającym pod każdym względem doskonałe warunki lecznicze. Wzniesienie i przykładnie wzorowe urządzenie obecnego gmachu Instytutu głównie zawdzięczać należy szlachetnym staraniom prof. Szokalskiego i poparciu familii ks. Lubomirskich. Przez czas półwiekowego istnienia w kraju naszym Instytutu Oftalmicznego w pierwszéj połowie tego czasu kierowali nim: dr. Hilferding, b. asystent prof. Jaegera (ojca), po jego przedwczesnéj śmierci obowiązek ten pełnili dr. Maurycy Woyde b. prof. uniwer. Warszawskiego, następnie dr. Adolf Angel; w drugiéj połowie pięciodziesięciolecia Instytut zostawał pod światłym Twojém kierownictwem, wielce szanowny Jubilacie. Obyś jak najdłużéj nieprzestawał mu przewodniczyć! Gdy więc z początku wzywano zagranicznych, uzdolnionych lekarzy, bo w kraju takowych nie mieliśmy, dziś byłoby to grzechem, gdyby na posady do Instytutu pomijano okulistów krajowych, a powoływano z nad Dunaju lub z nad Szprei. Dzięki istnieniu Oftalmicznego Instytutu i mając tak zacnego, uzdolnionego i niestrudzonego kierownika, jak nasz prof. Szokalski, kraj posiada obecnie nie mało lekarzy, którzy specyjalnie poświęcają się téj pięknéj lecz zarazem i trudnéj gałęzi medycyny; równie też i kolegów, którzy mieszkając na prowincyi, przy ogólnéj praktyce oddają się i leczeniu chorób ocznych, czego nie było w dawniejszéj generacyi lekarskiéj. Wśród tu zebranych widzisz wielce szanowny Jubilacie kilku swych uczniów, którzy jeśli nie początkowe to dalsze praktyczne uzdolnienie winni w części Tobie. Ja choć niemam zaszczytu liczyć się do ich grona, jestem jednak „dalekim", że tak rzeknę, Twym uczniem, bo jeszcze na ławie uniwersyteckiéj, oddając się ulubionym studyjom, na każdéj niemal stronnicy spotykałem się z Twém imieniem: gdyż imię Szokalskiego znajduje się wymienione przy każdéj kwestyi z dziedziny oftalmologii! Dziś obchodzimy 25-letni Jubileusz Twéj zaszczytnéj i niezmordowanéj pracy w Instytucie, wielce szanowny Jubilacie; a za lat 5, jeśli Bóg da doczekać, srebrny Twój włos naród i koledzy ozdobią wieńcem zasług, obchodząc 50-letni jubileusz zawodu lekarskiego, boś był pożytecznym dla dobra ogółu, nietylko piórem ale i narzędziami okulistycznemi, bądź pod postacią wziernika, bądź też operacyjnych instrumentów itp. Zebraliśmy się przeto tu z rozmaitych stron, aby Ci nieść dank i wyrazić głębokie uczucie, jakie mamy dla Ciebie, nasz czcigodny Nestorze. Mnie zaszczycono prawem ofiarowania Ci w imieniu 15-stu współczesnych okulistów polskich, pamiątkowéj grupy kolegów, których znasz wszystkich już to osobiście, już to z prac naukowych. W téj liczbie znajdują się: Blumenstok, Borysikiewicz, Cywiński, Dobrzański, Gałęzowski, Gepner, Jodko Narkiewicz, Kilarski, Kośmiński, Kramsztyk, Rydel, Talko, Wicherkiewicz, Wolfring i Wurst. Myliłby się ktoby sądził, że tylu tylko polaków oddaje się specyjalnie okulistyce, ilu przedstawia nasza litografowana grupa: na obszarach Europy i Stanów Zjednoczonych Ameryki są jeszcze inni rodacy znani z prac okulistycznych, bądź na niwie literackiéj, bądź też praktyki lekarskiéj; niektórzy nie zdążyli odpowiedzieć na nasze wezwanie, innych pobyt nie jest nam dokładnie znany. Nie wątpimy, że patrząc na oblicza téj młodszéj generacyi ludzi wspólnego z Tobą fachu, otaczających Cię, czcigodny nasz Nestorze, zachowasz nas wszystkich w Twém zacném sercu i świeżéj zawsze pamięci. My zaś nieprzestaniemy nigdy otaczać Cię czcią głęboką, jaka ci się z prawa zasług naukowych i czynów obywatelskich od nas należy. Panowie! Niech nam żyje prof. Szokalski, oby jeszcze długie lata przodował nam i wspierał półwiekowém swém doświadczeniem"!

Wspomniona wyżéj grupa nosi napis: „Nestorowi okulistów polskich w dniu ukończenia 25-letniéj służby w instytucie oftalmicznym, służby wielce pożytecznéj dla cierpiącéj braci i nauki", w środku znajduje się rysunek gmachu, a pod nim napis: „Współcześni koledzy 8 kwietnia 1879 r." W grupie znajdują się portrety 15 lekarzy wyżéj w mowie Talki wymienionych. Jubilat dziękował wszystkim za uczczenie, przewyższające, jak się wyraził, jego zasługi.

Wieczorem zebrało się około 60 osób w resursie kupieckiéj na ucztę daną dla Szokalskiego. Pierwszy toast wzniósł ks. Lubomirski, poczém Dr. Narkiewicz-Jodko wykazywał prace i zasługi jubilata w obszernéj mowie, którą zamieściła *Medycyna*. Mówili jeszcze Drowie Kosmiński, Dorantowicz, Natanson, Lubelski, Hoyer i Stankiewicz, a Jubilat dziękując za objawy wielkiéj życzliwości mówił o stanowisku nauki lekarskiéj w ogóle, a oftalmologii w szczególności. Wreszcie odczytano telegramy nadeszłe z Wilna, Krakowa, Paryża, Wiednia, oraz list ze Lwowa.

W końcu podajemy kilka dat z życia szan. Jubilata. Dr. Wiktor Szokalski urodził się d. 11 grudnia 1811 w Warszawie, ukończył liceum tamże, na medycynę uczęszczał w Warszawie, a później w Giessen i Paryżu, dyplom doktora uzyskał w Giessen 10 września 1834, a w Paryżu 18 grudnia 1839, był asystentem prof. Sichela, pełnił zarazem obowiązki lekarza Tow. Dobroczynności 7go okręgu m. Paryża, od r. 1849 — 1851 był lekarzem szpitala depart. Côte d'Or i lekarzem drogi żelaznéj parysko-lugduńskiéj. w r. 1851 powołany na prof. okulistyki do Krakowa, pozostał atoli we Francyi do r. 1853, w którym powrócił do Warszawy. Od d. 8 kwietnia 1854 r. był konsultantem instytutu oftalmicznego, od 17 listopada 1857 jest dożywotnim sekretarzem Tow. lekarskiego, od r. 1858 naczelnym lekarzem instytutu oftalm.; w r. 1859 mianowany prof. fizyjologii, a w r. 1862 prof. chorób ocznych i usznych. W r. 1871 uwolnił się od obowiązków nauczycielskich w Uniwersytecie. Z licznych dzieł jego naukowych najgłówniejszym jest jego „Wykład chorób ocznych. Warszawa 1871" przełożony na język niemiecki i rosyjski.

* Nakładem Tow. lek. krak. wyszedł spis doktorów medycyny, chirurgii i wszech nauk lekarskich zamieszkałych w Krakowie, z podaniem mieszkania i godzin ordynacyjnych. Spis ten obejmuje 88 doktorów, z których 74 zajmuje się praktyką.

Wykaz ten można nabyć w księgarni Krzyżanowskiego.

* Z prawdziwą przyjemnością dowiadujemy się z Gazety Lwowskiéj, że Dr. Krówczyński we Lwowie, jeden z najgorliwszych współpracowników naszych, mianowany został członkiem krajowéj Rady zdrowia.

* W drugiéj połowie maja rb. odbędą się egzaminy do uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy władzach administracyjnych, a to dla lekarzy w Krakowie, dla weterynarzy zaś we Lwowie (p. ogłoszenia).

* Przed kilku dniami urzędowa Gazeta wiedeńska ogłosiła dwie nominacyje, a mianowicie: powołanie profesora anatomii opisowéj Karola Langera „do pełnienia obowiązków nadzwyczajnych" w ministerstwie oświaty i nadanie profesorowi anatomii patologicznéj Ryszardowi Heschlowi tytułu radzcy dworu. Między temi dwiema nominacyjami, które szybko po sobie nastąpiły, istnieje związek ścisły i to związek dla nas wcale korzystny. Prof. Langer wprawdzie nie został mianowany in optima forma referentem wydziałów lekarskich w ministerstwie oświaty, jak nim był Rokitansky, ale mimo to powołany został do pełnienia tych samych obowiązków, a więc de facto został następcą Rokitańskiego. Prof. Heschl znów po kilkoletniém zaledwie pełnieniu obowiązków profesora we Wiedniu dostąpił godności, na którą inni profesorowie długo czekać muszą. A mimo to nominacyje te

wywołały powszechne zadowolenie w kołach odpowiednich we Wiedniu, jak mieliśmy sposobność przekonać się na miejscu. W ostatnich bowiem czasach wszystko prawie za tém przemawiało, że następcą Rokitańskiego i pod tym względem zostanie prof. Heschl, który miał sobie już powierzone pewne referaty. Prof. Langera wychwalają jako męża rozległéj nauki, a przedewszystkiém nieuprzedzonego, wolnego od namiętności i neutralnego, to jest nie należącego do żadnéj z koteryj, których jest dosyć śród profesorów i lekarzów we Wiedniu. Dla tych własności spodziewają się po nim przedmiotowego sprawowania ważnych obowiązków, które mu rząd poruczył.

* Donoszą nam ze Lwowa, że wzrastająca z każdym dniem liczba chorych w szpitalu powszechnym obok braku lekarzy, który nawet obecnie z powodu opuszczenia służby szpitalnéj przez kilku kolegów dotkliwie czuć się daje, z jednéj, a z drugiéj strony chęć zabezpieczenia lekarzom nowo wstępującym odpowiedniego stanowiska i umożebnienia im kształcenia się, zniewoliły Dyrekcyję szpitala do podniesienia sprawy względem pomnożenia sił lekarskich w szpitalu lwowskim, a ewentualnie i w krakowskim. Pragnie podobno Dyrekcyja, aby na każdym oddziale było po dwóch płatnych lekarzy pomocniczych, czyli żąda pomnożenia w szpitalu lwowskim liczby sekundaryjuszów o jednego, a tak zwanych asystentów o pięciu.

Myśl tę nazwać musimy szczęśliwą, a Dyrekcyi szpitala powszechnego należy się prawdziwe uznanie za poruszenie sprawy, ważnéj tak dla chorych jako i dla lekarzy, obarczonych czynnością i odpowiedzialnością wielką w obec cierpiących i kraju. W Krakowie koniecznie potrzebném jest pomnożenie sił lekarskich na oddziale chorób wenerycznych i skórnych. Z powodu ważności sprawy powrócimy do niéj przed otwarciem Sejmu, a już dziś pragnęlibyśmy zwrócić na nią uwagę Wydziału krajowego.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Wilhelm Koch w Berlinie powołany został jako prof. chirurgii do Dorpatu. — Dr. Weigert, asystent prof. Cohnheima w Lipsku, mianowany został nadzw. profesorem tamże. — Dr. Ludwik Loewe habilitował się jako docent histologii w Bernie. — Tajny radzca Dr. Finkelnburg mianowany członkiem Deputacyi umiejętnéj lek. w Berlinie. — Prof. Hitzig w Zurychu został prof. w Hali.— Dr. Riegel lekarz szpitala w Kolonii powołany został na prof. kliniki lek. do Giessen.

* **Nekrologija.** Od czasu reorganizacyi publicznéj służby zdrowia w kraju naszym już po raz drugi śmierć nieubłagana wyrywa ofiarę z pośród grona lekarzy powiatowych. Mamy dziś smutny obowiązek zapisania zgonu członka korespondenta naszego Tow. lekarskiego, Dra Maryjana Krzykowskiego, lekarza powiatowego w Łańcucie, który umarł z duru w dniu 15 bm. Zmarły należał do najzdolniejszych młodszych wychowańców uniwersytetu naszego; przez krótki czas był asystentem kliniki chirurgicznéj, przez lat kilka lekarzem szpitala w Sanoku, zkąd w jesieni przeniósł się na posadę lekarza powiatowego w Łańcucie. Czytelnicy nasi znają go z kilku prac ogłoszonych w tygodniku naszym, a wszyscy koledzy, którzy mieli sposobność stykania się z nim, poznali w nim lekarza uzdolnionego, piękne nadzieje rokującego, a przytém kolegę skromnego, taktownego i miłego w obejściu. Zmarł on w wieku młodym, niestety zawcześnie dla rodziny i kraju. Cześć jego pamięci!

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 15: Dra Talki: Badanie nieczułości na barwy u służby dróg żelaznych; w *Dwutygodn. med. publ.* Nr. 8: Oettingera: Dżuma w Europie w stuleciu bieżącém i przeszłém (dok.); Janikowskiego: Śmierć z przekrwienia mózgu i płuc u pijaka. *Gazety Lekarskiéj* Nr. 15 nie doszedł nas.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 23 kwietnia o godz. 5 popołudniu posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) Kol. prof. Korczyński opisze spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki krakowskiéj. 2) Kol. Mars opisze i okaże włókniak jamy brzusznéj niezwykléj wielkości. 3) Kol. prof. Blumenstok poda kilka uwag sądowolekarskich. 4) Kol. Kwaśnicki poda uwagi o żółtaczce noworodków i o wyborze chwili stósownéj do podwiązania pępowiny, podług najnowszych zapatrywań Dra Poraka.

Stała Komisyja sądowolekarska w Tow. lek. krak. odbędzie w Piątek d. 25 bm. o godz. 5téj w sali Akademii Umiejętn. posiedzenie, na którém: 1) Prof. Rydel mówić będzie o wykazywaniu symulacyi ślepoty i niedowidzenia; 2) prof. Bojarski poda i objaśni orzeczenia Sądu Najwyższego tyczące się zbrodni ciężkiego uszkodzenia i poronienia, a wreszcie 3) prof. Blumenstok poda uwagi sądowolek.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 2835. pr.

OBWIESZCZENIE.

W myśl rozporządzenia wys. c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 18 września 1875 odbędą się w drugiéj połowie maja 1879 egzamina, przepisane ustawą z dnia 21 marca 1873 L. 37 dz. u. p. do uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy władzach administracyjnych a to dla lekarzy w Krakowie, dla weterynarzy zaś we Lwowie.

Podania o przypuszczenie do tych egzaminów zaopatrzone w dowody przepisane powołaną ustawą, wniesione być mają najdaléj do końca kwietnia rb. do c. k. Namiestnictwa we Lwowie za pośrednictwem przynależnego c. k. Starostwa.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.

W Lwowie dnia 11 kwietnia 1879.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują.
Administracyja i księgarnia L. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $4\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Kraków, 26 kwietnia 1879. **№ 17.** **Rok XVIII.**

I. O martwinie fosforowéj.

Napisał Dr. **Rydygier**,
docent chirurgii w Jenie.

Trudno znaleść dogodniejsze miejsce od Jeny, jeżeli się chcemy zapoznać bliżéj z martwiną fosforową. Służy ku temu celowi nader obfity zbiór preparatów tyczących się tego przedmiotu, daléj ciągła obecność chorych odpowiednich na naszéj klinice chirurgicznéj. Nawet teraz jeszcze, kiedy gdzieindziéj chorobę tę rzadko już tylko natrafiamy *), w klinice naszéj leczyło się niemal zawsze 4 — 6 chorych z martwiną fosforową; nadto mieliśmy częstą sposobność badania chorych już przed dłuższym czasem operowanych i przekonania się o ostatecznych skutkach leczenia. Tym okolicznościom, a nie mniéj i łaskawym wskazówkom tajnego radcy dworu Rieda, za które mu niniejszém publiczne dzięki składam, zawdzięczam, że w stosunkowo krótkim czasie dokładnie poznałem chorobę, znaną mi dawniéj tylko z opisu, bo ani w czasie moich studyjów, ani późniéj nie widziałem ani jednego przypadku martwiny fosforowéj na klinikach w Gryfii, Berlinie, Strasburgu, Warszawie i Wiedniu. Przyczyny tego szukać winniśmy, jak to już na wstępie się rzekło, w coraz to rzadszém pojawianiu się téj choroby. Ze względu na to, że może już w najbliższéj przyszłości, bądź w skutek ściśle przeprowadzonych środków zaradczych, bądź też w skutek coraz zmniejszającéj się fabrykacyi zapałek fosforowych, martwina fosforowa zupełnie zniknie, pozwolę sobie, jakby na pożegnanie, chorobę tę dokładniéj opisać, prostując tu i owdzie dotychczas panujące błędy, to znowu usuwając niektóre wątpliwości. Oprócz tego jeszcze jeden cel pragnąłbym osiągnąć przez ogłoszenie méj pracy, cel bezwątpienia nie mniéj ważny od pierwszego. Zalecając powyżéj Jenę, jako miejsce przedewszystkiém odpowiednie do studyjów nad martwiną fosforową, wcale nie utrzymuję, że częste pojawianie się téj choroby zależy od szczególnego usposobienia mieszkańców tutejszych, lecz od osobliwszych warunków zewnętrznych sprzyjających częstemu zapadaniu na tę chorobę. Na te to zewnętrzne stosunki chciałbym **publiczną** zwrócić uwagę, żeby tym może sposobem nakłonić odnośne koła do zaradzenia smutnemu położeniu rzeczy, chociaż już i Ried pod tym względem co było można uczynił. Sądzę, że tylko trudność usunięcia téj biedy spóźniła przeprowadzenie środków zaradczych. Niestety kwitnie tu jeszcze w lesie turyngskim t. zw. dzika fabrykacyja, tj. rodziny pojedyncze wyrabiają zapałki fosforowe u siebie w domu, gdzie jedzą, mieszkają i sypiają. Kiedy uwagę chorych zwracaliśmy na to, że podobném zatrudnieniem nie tylko swoje zdrowie, ale nawet życie rujnują, o czém przecież powinni wiedzieć, mając liczne przykłady na rodzicach i rodzeństwie, otrzymywaliśmy często tę tylko odpowiedź, że z głodu umierać jest jeszcze gorzéj. Niestety nieraz położenie tych ludzi rzeczywiście było tak smutne, że żadnéj innéj pracy dla siebie i swoich nie mogli znaleść. O odpowiednią pracę dla tych ludzi się wystarać, a tém samém od powolnego zabijania się ich uwolnić, jest koniecznem zadaniem państwa. Wiem dobrze, że podobne zadanie nie jest łatwe do wykonania, ale mimo to należy podjąć się takowego. Państwo postarało się, żeby odpowiedniemi, surowemi, ale słusznemi przepisami prawnemi uchronić robotników po fabrykach od téj choroby, (chociaż przepisy te niemało kosztów nałożyły na właścicieli fabryk), czemużby państwo tam, gdzie samo ma podjąć ofiary, w równy sposób nie miało się starać o swoich poddanych?

Warunki powstawania i przyczyny. Martwina fosforowa jest względnie nową chorobą, powstała dopiero razem z fabrykacyją zapałek fosforowych, a dokładniéj znaną jest dopiero od lat mniéj więcéj 30tu. (Pierwsze rozprawy pojawiły się w 4tym dziesiątku bieżącego stulecia (Lorinser, Heyfelder.) Nie wszyscy robotnicy przy fabrykach zapałek fosforowych w równym stopniu są narażeni na niebezpieczeń-

[1]) Langenbeck, „*Ueber Knochenneubildung nach Unterkiefer-resectionen, Langenbecks Arch. t. 22. pag. 198.*“ wspomina np. że od 1864 r. w swojéj klinice dzięki lepszemu przewietrzaniu fabryk zaledwie jeden przypadek widział; zdaje się, — mówi — że w niezadługim czasie martwina fosforowa zupełnie zniknie.

stwo, bo też nie wszyscy w równym stopniu stykają się z szkodliwym przedmiotem, tj. fosforem, względnie z jego połączeniami. I tak np. ci, którzy strugają patyczki do zapałek, wcale nie są narażonymi na niebezpieczeństwo; o nich też poniżéj nie wspominamy. Jako dalsze zajęcia przy fabrykacyi zapałek fosforowych wymieniamy: maczanie patyczków w siarce, względnie w stearynie; robotnicy trudniący się wyłącznie tém zajęciem również wcale nie narażają się na niebezpieczeństwo, jeżeli tylko pracują w pokojach dokładnie od reszty oddzielonych. Dopiero przysposabianie masy fosforowéj, maczanie w niéj patyczków, suszenie, względnie wynoszenie suchych zapałek i wyjmowanie ich z pras, nakoniec pakowanie w pudełka, są niebezpieczne dla robotników stykających się przy tych czynnościach bezpośrednio z czynnikiem szkodliwym [1]).

Zwykle podają autorowie, że najniebezpieczniejszém zatrudnieniem jest maczanie patyczków w masie fosforowéj. Tak np. powiada Pappenheim (l. c.) „Przy tém zatrudnieniu najczęściéj powstaje martwina szczęk“. Podobnie wyraża się Thiersch w rozprawie swéj *„de maxillarum necrosi phosphorica“: Imprimis autem periculosum est, lignorum capita phosphoro soluto tingere“*. Sądzę, że zatrudnienie wspomniane dla tego tak często chorobę wywołuje, że przy niém robotnicy najwięcéj i najdłużéj narażają się na zgubny wpływ pary fosforowéj. Namieniam tylko, że niezawsze maczanie w równym stopniu jest niebezpieczném; nie mało zależy na przysposobieniu używanéj masy fosforowéj: masy fosforowéj rozrobionéj w rozczynie gumowym można używać na zimno do maczania; z klejem zaś rozrobionéj tylko na ciepło. Rozumie się, że ostatnia znacznie bardziéj paruje, a tém samém też znacznie jest niebezpieczniejszą; z tego to powodu istnieją niemal we wszystkich okolicach, gdzie mieszkańcy trudnią się fabrykacyją zapałek, prawne przepisy, że nie wolno używać do rozrabiania masy fosforowéj kleju, tylko gumy arabskiéj lub tragankowéj. Zbyteczna dodawać, że fabrykacyja dzika o wiele jest niebezpieczniejszą, aniżeli którekolwiekbądź z powyższych zatrudnień we fabrykach. Autorowie inni z pewnością dla tego tylko o niéj nie wspominają, bo razem z Pappenheimem przypuszczają, że nigdzie już takie zajęcie nie istnieje. Pappenheim bowiem powiada (l. c. pag. 522): „Dawniéj zajmowano się nie tylko we fabrykach, ale także po domach robieniem zapałek“; niestety jeszcze dotychczas tak bywa.

Najbliższéj przyczyny martwiny fosforowéj dotychczas nieznamy dokładnie. Ogólnie uważają powietrze nasycone parą fosforową za szkodliwy czynnik wywołujący tę chorobę. Nie wiemy atoli na pewno, czy to drobne cząsteczki fosforowe, czy kwas fosforowy lub fosforawy, lub inne jakieś związki fosforowe wywierają wpływ szkodliwy. Obwiniają nawet o to ozon wytwarzający się pod wpływem fosforu z tlenu powietrza, co jednakowoż najmniéj zdaje się być prawdopodobném. Nie mniéj wątpliwym jest dotychczas bliższy sposób działania czynnika szkodliwego, a mianowicie nie zgodzono się jeszcze na to, czy związki fosforowe miejscowo działają na miejsce późniéj martwinie ulegające, lub też wywołują najprzód skazę ogólną umiejscowiającą się późniéj w szczękach, niejako w miejscu *minoris resistentiae*. Zwolennicy ostatniéj teoryi przywodzą ku stwierdzeniu swego zdania, że robotnicy już dłuższy czas przedtém, zanim zachorują na martwinę szczęk, popadają w charłactwo, albo że przynajmniéj razem z cierpieniem miejscowém występuje charłactwo ogólne. Nadto twierdzą, że robotnicy zawsze dłuższy już czas pracują we fabrykach zapałek fosforowych, zanim zachorują na martwinę szczęk; czas ten przydłuższy potrzebny jest według nich do przesiąknięcia ustroju jadem. Wywody powyższe wcale nie są słuszne; najprzód często natrafiamy chorych na martwinę fosforową zresztą zupełnie dobrze wyglądających, jak to na końcu wykażę w opisach choroby (cfr. opis 1, 2, 6 i 7). A nawet gdyby rzeczywiście martwina fosforowa częściéj razem z cierpieniem ogólném się pojawiała, to okoliczność tę możnaby jeszcze tłumaczyć w ten sposób, że ludzie słabowici w ogóle mniéj znoszą a tém samém prędzéj cierpią od złego wpływu pary fosforowéj, ztąd też właśnie u nich częściéj się ta choroba pojawia. Z takiego to stanowiska zapatrując się na rzecz tę przepisano w Bawaryi, ażeby robotników słabowitych nie przyjmowano do fabryk zapałek fosforowych, a zwłaszcza aby do rozrabiania masy fosforowéj, do maczania i suszenia, tylko silnych używano ludzi. Znaną jest przecież także rzeczą, że suchotnicy często ulegają martwinie fosforowéj; nie należy tego faktu w ten sposób tłumaczyć, jakoby para fosforowa najprzód ogólne cierpienie, a zatém pomiędzy innemi i gruźlicę wywoływała, a dopiero późniéj miejscową chorobę. Przeciwnie rzeczy mają się prawdopodobnie tak: że albo obie choroby istnieją niezależnie obok siebie, albo najprzód powstaje cierpienie miejscowe, martwina fosforowa, a dopiero późniéj w skutek wyziewów zgniłych i utrudnionego miejscowém cierpieniem odżywiania rozwija się powoli cierpienie płuc. Właśnie taki przebieg rzeczy nieraz spostrzegaliśmy, widzieliśmy nawet, że cierpienie płucne się zmniejszało po usunięciu cierpienia miejscowego, po wypiłowaniu szczęki martwéj i wydaleniu tym sposobem cuchnącego i zgniłego miejsca. Taki przebieg np. zaznaczyliśmy w 5 opisie choroby.

Cokolwiek dokładniéj nad kwestyją tą zastanowiliśmy się i rozpisali obszerniéj, bo nie małe ma znaczenie już jako taka, a zwłaszcza pod względem zapobiegawczym i leczniczym. Dowody zaś Wegnera, oparte na doświadczeniach na królikach, jakkolwiek bardzo cenne, może nie dla wszystkich są wystarczające. Wegner wsadzał na dłuższy czas króliki do miejsc zamkniętych napełnionych parą fosforową; niektóre z nich, i to mniejsza liczba, zachorowały rzeczywiście na martwinę szczęk, większości zaś oddychanie parą fosforową wcale nie szkodziło. Inaczéj rzeczy się miały, jeżeli królikom do doświadczenia użytym poprzednio kawałek błony śluzowéj i okostnéj ze szczęk wycięto, natenczas wszystkie zachorowały. Zapalenie okostnéj powstało nawet i na innych miejscach, np. na goleni, jeżeli królikowi znajdującemu się w miejscu napełnioném parą fosforową z goleni wycięto kawałek okostnéj i ranie przez częste rozdzieranie nie dozwolono się zagoić. Zapalenie okostnéj miało wtenczas wprawdzie tylko cechę zapalenia okostny kostniejącego *(ossificirende Periostitis)*, a nie martwinowego. Jakkolwiek doświadczenia powyższe dostatecznie zdają się dowodzić wpływu miejscowego pary fosforowéj, mimo to mogliby zwolennicy zakażenia ogólnego rzecz tak przedstawić, że właśnie wycięciem kawałka okostnéj i obnażeniem kości tworzymy miejsce *minoris resistentiae* i dla tego tylko częściéj i pewniéj króliki te chorują na martwinę. Łącząc atoli doświadczenie Wegnerowskie z naszemi wywodami opartemi na doświadczeniu, trudno przyznać słuszność takiemu tłumaczeniu otrzymanych wyników, a przypuścić trzeba, że prawdopodobnie martwina fosforowa w sku-

[1]) Szczegółowy opis powyższych zatrudnień znajdzie czytelnik w Pappenheima *Sanitätspolizei*, 2 nakład, II tom, pag. 520 i. n.

tek miejscowego wpływu pary fosforowej powstaje. Natenczas łatwo też sobie wytłumaczymy, dlaczego osoby z zębami naprόchniałemi najprędzéj i najczęściéj zapadają na tę chorobę. Znaną jest rzeczą, że spróchniałe korzenie i tak nieraz wywołują zapalenie okostnéj, a nadto siedząc luźno w zębodole ułatwiają przystęp parze szkodliwéj wprost do kości, podobnie jak to czynił Wegner przez wycinanie kawałków błony śluzowéj i okostnéj. Wypada mi namienić, że i osoby ze zdrowemi zupełnie zębami dostają martwiny fosforowéj, a nieraz nawet chorują już po niezbyt długiém zatrudnieniu w fabrykach. Przykład bardzo pod tym względem pouczający stanowi nasz 1 przypadek: dziewczyna już po 3 tygodniowém zatrudnieniu we fabryce zachorowała na martwinę, mimo że wstąpiła do fabryki ze zupełnie zdrowemi zębami; jest to zarazem przykład nadzwyczaj wczesnego wywiązania się choroby. Zwykle dopiero po dłuższém zatrudnieniu robotnicy zapadają; tak np. w 2 naszym przypadku po 6 latach, w 3 dopiero po 48, w 4 po 30, w 6 po 6, w 7 po 18, w 8 po 12 latach zatrudnienia. Zupełnie zgodnie z tém Pappenheim[1]) i Thiersch[2]) twierdzą, że robotnicy zwykle dopiero po kilku latach zatrudnienia na martwinę fosforową zapadają.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. O wyróżnianiu wrzodów wenerycznych części płciowych ze stanowiska klinicznego.

(Odczyt miany na posiedzeniu Tow. lek. krak.)

Przez Dra Zarewicza,
prymaryjusza oddz. wener. i skór.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16.)

Spostrzeżenia powyższe wraz z doświadczeniami Culleriera i Tarnowskiego jasno wykazują, że w pewnych razach pochwa niewieścia służyć może za chwilowe schronienie dla wydzieliny szankra lub wrzodu stwardniałego, niebędąc sama dotkniętą żadnym z powyższych cierpień, a tym sposobem pośredniczyć może w przeniesieniu tych chorób na inne osoby, czyli inaczéj mówiąc, kobieta udzielić może szankra lub kiły nie będąc niemi wcale dotkniętą.

Lubo do wytłumaczenia naszego przypadku niepotrzebujemy się uciekać do podobnego rodzaju faktów, posłużyć one jednak mogą do wyjaśnienia przypadków, w których konfrontacyja przy uwzględnieniu wszelkich możliwych ewentualności dała wynik zupełnie ujemny.

Po tém krótkiém odstąpieniu od rzeczy powrócmy do właściwego tematu dzisiejszego odczytu.

Mówiłem Panom, że wrzód stwardniały w pierwszych dniach swego istnienia niczém się nie różni od zwykłéj ekskoryjacyi i że z téj przyczyny rozpoznanie nasze nie może być stanowczém. Jeżeli jednak ekskoryjacyja ta przy czystości, stosowaniu lekkich środków ściągających i odpowiedniém zachowaniu się ze strony chorego, nietylko że nie okazuje żadnéj dążności do gojenia się, ale przeciwnie w następnych kilku dniach nawet się zwiększyła, natenczas możemy przypuścić, że zmiana, którą przed sobą mamy, jest rozpoczynającym się wrzodem stwardniałym. Rozpoznanie jednak pozostać musi dopoty wątpliwém, dopóki około połowy 2go tygodnia niewystąpią objawy wrzód stwardniały stanowczo cechujące.

W tym czasie rozpoznanie wrzodu stwardniałego nieulega zazwyczaj żadnéj wątpliwości, mimo to jednak zdarzyć się mogą przypadki, w których rozpoznanie ich jest nieco utrudnioném.

Wiadomo, że wyglądanie wrzodów stwardniałych może być rozmaitém, wiadomo także, że wyglądanie to, tak jak każdego innego wrzodu, skutkiem rozmaitych wpływów a najczęściéj skutkiem niepowołanego a nadto nieodpowiedniego leczenia może być znacznie zmienioném; od wejrzenia zatém samego wrzodu lub od braku jednego z przypadków cechujących, z którem zazwyczaj spotykamy się, zależeć będą trudności, jakie nasuwać się mogą i jakie nam zwalczać przychodzi.

Pominąwszy te rzadkie przypadki, w których wrzód stwardniały występuje pod postacią nacieku płaskiego, lekko nad powierzchnią skóry wyniosłego, barwy brunatno-czerwonéj, kształtu okrągłego lub owalnego, na powierzchni cieńką warstewką łusek szarawych pokrytego, o podstawie zbitéj, elastycznéj, nacieku, który ustępuje zawsze przez wessanie, wrzód stwardniały występuje pod dwojaką postacią: albo 1) jako ekskoryjacyja, albo 2) jako wrzód mniéj lub więcéj w głąb drążący.

Wrzód stwardniały, występujący pod pierwszą postacią, przedstawia się, jak to dokładnie wiadomo, jako ściśle ograniczona mniéj lub więcéj rozległa ekskoryjacyja, któréj powierzchnia gładka, ciemno-czerwona, czasem drobnemi ciemniejszemi wynaczynionkami miąższowemi ubarwiona, pokryta jest skąpą, rzadką, łatwo zasychającą wydzieliną. Kształt téj ekskoryjacyi bywa najczęściéj okrągły lub owalny, jéj podstawa jest chrząstkowato zbitą, a obok tego elastyczną, stwardniałą i o wiele częściéj w płaszczyznie rozpostartą aniżeli półkolistą.

Stwardniałość jednak może być tak nieznaczną, (jak tego częste mamy dowody u kobiet, szczególniéj gdy wrzody usadowione są na spoidle dolném), iż z łatwością ujść może uwadze badającego. Stwardniałość ustępuje dopiero ostatecznie bez względu na to, czy chory jest leczonym lub nie, przez wessanie, tracąc zwolna na konsystencyi, a w miejscu swéj siedziby pozostawia ciemne zabarwienie skóry, które z czasem w zupełności ginie.

Jeżeli zdarzy nam się spotkać wrzód stwardniały w pierwszych jego początkach, zauważyć możemy, że ekskoryjacyja otoczona jest wąską opaską zcieńczałego, zanikowi ulegającego przybłonka, który swém szarawem ubarwieniem wybitnie odróżnia się od warstwy na zewnątrz położonéj przybłonka, nieuległego jeszcze żadnéj zmianie. Przypad ten jest objawem zwolna postępującego rozpadu, a wydarza się najczęściéj tam, gdzie stwardniała podstawa ma kształt półkolisty, która niemal zawsze rozmiarami swemi przekracza ekskoryjowaną powierzchnię wrzodu.

Tkanki otaczające wrzód stwardniały pod tą formą występujący, nie okazują żadnego zaczerwienienia, żadnéj w ogóle reakcyi, z wyjątkiem pewnych przypadkowych komplikacyj, do wywołania których obecność wrzodu stwardniałego pośrednio się tylko przyczyniła. Wrzód stwardniały jest to ciało obce, jest to nowotwór w pośród tkanek złożony.

W każdym przypadku wrzodu stwardniałego, choćby

---

[1]) Pappenheim l. c. pag. 523. „Martwina fosforowa atoli zwykle dopiero po kilkoletniéj pracy występuje".

[2]) Thiersch l. c. pag. 4. „*Satis memorabile est, operarios raro affici nisi post annum integrum, vel post annum et dimidium, etiamsi ab initio dentes minus sanos habuerint*".

najłagodniéj występującego, badając pachwiny wyśledzić możemy w jednéj lub w obu powiększenie co najmniéj jednego, zazwyczaj zaś kilku na raz gruczołów chłonnych. Zwiększenie to, szczególniéj u ludzi źle odżywionych, niedokrewnych, w ogóle dotkniętych już poprzednio jakąkolwiek skazą krwi, dojść może do kolosalnych rozmiarów, tak iż już samym wzrokiem u pacyjenta obnażonego takowe z łatwością spostrzedz możemy. Gruczoły te są niebolesne, skóra pokrywająca je prawidłowa, z łatwością w fałd ująć się dająca, konsystencyja ich chrząstkowato twarda.

W niektórych razach, szczególniéj u ludzi na znaczne trudy narażonych, a przytém źle żywionych, a więc przeważnie u klasy roboczéj, tkanka okalająca gruczoły ulegać może zapaleniu, skóra natenczas spaja się z gruczołem, czerwienieje, obrzmiewa, a w końcu może nawet uledz zropieniu.

Wrzód stwardniały występujący pod postacią ekskoryjacyi zawdzięcza najczęściéj powstanie swoje zmianom kiły wczesnéj i miewa zwykle dłuższy okres wylęgania.

Oto w zarysie objawy cechujące wrzód stwardniały, pod najczęstszą formą tj. pod postacią ekskoryjacyi występujący. Jeżeli teraz zapytacie mnie Panowie: czém ta forma wrzodu stwardniałego odróżnia się od szankra? odpowiem Wam, że niczém! Cechy bowiem szankra tak są od niéj odmienne, iż najmniejszego między niemi niema podobieństwa; wrzody stwardniałe mogące być z szankrem zamienione należą do drugiej postaci, pod którą występować mogą, a o któréj późniéj mówić będę.

Jeżeli zatém wrzód stwardniały występuje pod postacią ekskoryjacyi, może być przedewszystkiém zamienionym z e z w y k ł ą e k s k o r y j a c y j ą z j a k i e j k o l w i e k p r z y c z y n y p o w s t a ł ą.

Jakkolwiek to może Panom wyda się nieprawdopodobném, znachodzą się jednakże ludzie, którzy na częściach płciowych wywołują sobie z umysłu mniéj lub więcéj rozległe rany. Ludzie, tego rodzaju czynu dopuszczający się, są to prostytutki najniższego rzędu, lub w ogóle kobiety za włóczęgostwo do aresztu oddane. W celu chwilowego uwolnienia się od wymierzonéj kary wywołują one sobie przez nacieranie wapnem, piaskiem a często nawet paznogciami, na wewnętrznéj stronie warg wstydliwych mniejszych, mniéj lub więcéj rozległe rany. Obowiązkiem jest, tak lekarza szpitalnego jako też i policyjnego, być dokładnie z temi zmianami obeznanym.

Pozwólcie Panowie, iż spotykając się często ze sztucznemi ekskoryjacyjami takowe Panom opiszę, do czego się tém mocniéj poczuwam, iż z opisami takowych nie zawsze i nie wszędzie spotkać się można. Otóż na wewnętrznéj stronie wargi wstydliwéj mniejszéj, zazwyczaj p r a w é j znachodzi się mniéj lub więcéj rozległa ekskoryjacyja, kształtu podłużnego, zawsze nieregularnego, pokryta szarawo-żółtą ściśle przylegającą wypociną; podstawa téj ekskoryjacyi nieokazuje żadnéj zbitości; ekskoryjacyja otoczona jest zazwyczaj na znacznéj przestrzeni zaczerwienioną błoną śluzową, a na około niéj napotyka się zazwyczaj kilka drobniejszych również nieregularnych ekskoryjacyj. Rozumie się, iż wiele zawisło od ciała użytego do wywołania tego rodzaju zmian, albowiem sztuczne ekskoryjacyje wywołane paznogciem będą się odmiennie przedstawiały. Paznogieć działa tutaj jak dłuto, kształt zatém rany zbliżonym będzie do figury trójkąta, zagłębienie rany u podstawy figury będzie najznaczniejsze, zaczerwienienie zaś tkanek do mniejszéj przestrzeni jest ograniczone, aniżeli tam, gdzie błonę śluzową piaskiem lub podobném ciałem nacierano.

Sam kształt sztucznie wywołanych ekskoryjacyj będący zawsze nieregularnym, winien zwrócić uwagę lekarza, badającego, iż w danym przypadku nie ma do czynienia z wrzodem stwardniałym lecz z cierpieniem sposobem mechanicznym wywołaném, lub w ogóle z przyczyn zewnętrznych powstałém; uwzględniając jednak wynik dalszego badania, jak brak zupełny stwardniałości podstawy tych zmian, brak cechującego zajęcia gruczołów chłonnych pachwinowych, stanowczo wykluczyć musimy obecność wrzodu stwardniałego. Do dalszych cech wyróżniających te zmiany od wrzodu stwardniałego policzyć należy: otaczające te zmiany rozległe zaczerwienienie błony śluzowéj warg wstydliwych mniejszych, które acz kolwiek znaczne w początkach, szybko jednak w następnych dniach bez śladu ustępuje, i rychłe gojenie się tych zmian pozostawionych pod wpływem saméj czystości i suchéj skubanki.

Prócz ekskoryjacyj umyślnie wywołanych spotykamy się bardzo często, tak u mężczyzn jak i u kobiet, z ekskoryjacyjami części płciowych, które powstały skutkiem szkodliwości zewnętrznych, niezawiśle jednak, że się tak wyrażę, od woli chorych.

Przyczyny powstawania tych ekskoryjacyj mogą być bardzo rozliczne, a względnie do przyczyny, któréj zawdzięczają powstanie swoje, różnić się one będą od siebie towarzyszącemi im objawami. Ponieważ jednak takowe aż nadto szan. kolegom są znane, a wyliczanie przyczyn i opisywanie ich objawów przekroczyłoby zakreślone granice niniejszego wykładu, dla tego sądzę, że śmiało pominąć je mogę i przystępuję wprost do podania głównych cech wyróżniających wrzód stwardniały od zwykłych ekskoryjacyj.

Przy odróżnianiu wrzodu stwardniałego występującego pod postacią ekskoryjacyi od zwykłych ekskoryjacyj, nie możemy polegać wyłącznie na jego wejrzeniu, a tém mniéj na jakości wydzieliny pokrywającéj jego powierzchnię, a wszędzie tak chętnie choć nieodpowiednio „słoninkowatą“ nazwaną, są to bowiem przypady, jak to już na samym wstępie wspomniałem, w wysokim stopniu zawisłe od wpływów zewnętrznych, a jako takie ulegające rozlicznym zmianom. Przypady te tém bardziéj pominąć możemy, iż przy wyróżnianiu wrzodów stwardniałych od ekskoryjacyj posługiwać się możemy innemi donioślejszemi przypadami które zwykłym ekskoryjacyjom nie towarzyszą.

Cech tych posiadamy dwie, to jest: 1) stwardniałość podstawy wrzodu, 2) stan odpowiednich gruczołów chłonnych.

Jeżeli mamy przed sobą wrzód stwardniały, wtedy przy badaniu podstawy jego za pomocą dotyku doznajemy uczucia, które wyrazem technicznym jako s t w a r d n i a ł o ś ć oznaczamy. Jest to uczucie twardości z pewną elastycznością połączone, a w którém ze względu na konsystencyję upatrujemy słusznie pewne podobieństwo do chrząstki. Stwardniałość ta jest ściśle ograniczoną, ma kształt ciała obcego pod powierzchnią wrzodu złożonego, w niektórych jednak razach przekracza mniéj lub więcéj granice właściwego owrzodzenia. Kształt stwardniałości może być rozmaitym, przeważnie jednak napotykamy dwa kształty: jeden półkulisty, który już Bell porównywał do kształtu przeciętego grochu, drugi powierzchowny na podobieństwo cienkiéj blaszki pod powierzchnię wrzodu wsuniętéj, a którą Ricord trafnie nazwał stwardniałością pargaminową, a wrzody tego rodzaju stwardniałości okazujące: wrzodami stwardniałemi pargaminowemi.

Stwardniałość napotykamy prawie w każdym przypadku wrzodu stwardniałego, a jakkolwiek może być ona mniéj lub więcéj wybitną, to nawet najnieznaczniejsza stwardniałość winna w nas wzbudzić pewne podejrzenie i skłonić do dalszego badania, o którém wkrótce będą mówił.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Oser (we Wiedniu): **Przyczynek do symptomatologii zwężeń jelitowych.**

Autor, podawszy historyję chorego na pierwotnego raka jelita cienkiego, z rozpoznaniém anat. patologiczném *„strictura carcinomatosa intestini tenuis, carcinoma gland. meseraicarum et peritonaei, pneumonia lobul.“* omawia poszczególne przypady, zasługujące na uwzględnienie:

1) Niezwykłe bodźce *(strictura carc. int. tenuis)* wywołują ruchy jelit, przeciwne ruchom robaczkowym. Autor nie rozstrzyga pytania spornego, czy istnieją ruchy przeciwrobaczkowe jelit, ale podaje, że u chorego poczynały się ruchy jelit w zatoce biodrowéj prawéj, a kończyły się w nadpępczu. Ruchy te były widoczne, namacalne, zresztą sam chory je uczuwał, (ruchy jelit w innéj okolicy brzucha były prawidłowe). Takie ruchy jelit każą szukać przyczyny swéj w ośrodkach, albo w obwodzie.

2) W celu dokładnego oznaczenia granic żołądka u chorego, podał Oser ostatniemu proszek burzący do zażycia (każdą część osobno) a żołądek wcale się nie rozdął wytworzonym gazem kw. węglowego, ale owszem pozostał w stanie niezmienionym co do swych granic; co naprowadziło autora na tę myśl, że wytworzony gaz CO_2 w żołądku uszedł do jelita cienkiego, nie powstrzymany przez odźwiernik.

Wydęcie żołądka w sposób powyższy da się uskutecznić, jeśli odźwiernik jest prawidłowy. W razie niedomykalności odźwiernika gaz CO_2 ujdzie do cienkiego jelita (rozszerzonego w danym przypadku w skutek zwężenia jelita cienkiego), granice zaś żołądka nie dadzą się oznaczyć dokładnie, lecz pozostaną in statu quo. Faktem tym posługiwać się można w danych razach w rozróżnieniu zwężenia odźwiernika a jelita cienkiego (zwłaszcza dwunastnicy). Jeśli mamy zwężenie jelita biodrowego, a rozszerzenie następowe powyżéj zwężenia nie dosięgło odźwiernika, to ostatni nie przepuści wytworzonego w żołądku gazu CO_2 do jelita cienkiego, wydęcie zatém żołądka łatwo w takim razie sprawić, jeśli zaś zwężenie jest w wyższych częściach jelita biodrowego, albo czczego, to wydęcie żołądka nie uda się.

3) Chory Osera wymiotował znaczną ilość cieczy czekoladowéj, wyglądu kałowego, obojętnie, albo kwaśno oddziaływającéj, zawierającéj resztki pokarmów niestrawionych, tłuszcz itd. a przy badaniu brzucha wyczuć i słyszeć można było przelewanie się cieczy, jak to zwykle ma miejsce w znacznie rozszerzonym żołądku. Że ciecz nie znajdowała się w jednym zbiorniku lecz w kilku, przekonał się Oser przez ułożenie chorego na lewy bok; albowiem i wtenczas wyraźnie wyczuć się dało przelewanie się cieczy w zatoce biodrowéj prawéj.

4) Badanie pośmiertne wykazało zarówno poniżéj jak i powyżéj zwężenia kał w jelicie cienkiém, co przemawia za tém, że miazga pokarmowa zatrzymująca się przez dłuższy czas w górnéj części jelita cienkiego, nabiera kałowego wyglądu, a zatém nawet wtenczas pojawić się mogą wymioty kałem, jeśli przeszkoda znajduje się w górnéj części jelita cienkiego.

5) Co 4—5 minut pojawiały się ruchy robaczkowe jelit, poczynające się w zatoce biodrowéj prawéj a kończące się w nadpępczu, poczém wracały znowu ku zatoce biodrowéj prawéj. Ruchy te poczynały się bez bólu a kończyły bólem. Zarysy jelit uwydatniały się przez ściany brzuszne podczas tych ruchów. Z końcem każdego ruchu powstawało przelewanie się cieczy, objawiające się jako szmer w całéj jamie brzusznéj.

6) Morfin zmniejszał bóle a chloral ruchy jelit. Elektryzowanie powłok brzusznych nie wywoływało skurczów jelit, podczas gdy takowe przez przyłożenie zimnéj ręki do brzucha albo odkrycie ostatniego natychmiast się pojawiały.

Inny przypadek tyczy się Rumuna, 39 lat liczącego, który przez 10 lat cierpiał na wzdęcie brzucha i gnuśne odbywanie kału, połączone naprzemian z biegunką i uporczywém zatrzymaniem. Przytém chudł chory, doznając utrudnienia w oddawaniu moczu (?) i bólu w kiszce odchodowéj. Zbadany nie okazywał innych zmian chorobowych prócz niedokrewności i znacznego wzdęcia brzucha, połączonego z wypchnięciem przepony ku górze itd. Chory, o którym mowa, był na dwa zawody na oddziale Osera, okazując te same przypady, a gdy niedokrewność znaczna coraz bardziéj postępowała, uległ chorobie wśród przypadów bardzo znacznéj biegunki i wyniszczenia. Sekcyja wykazała oprócz innych zmian znaczne rozszerzenie części esowatéj jelita biodrowego, a nadto obrócenie jéj naokoło własnéj osi na prawo o kąt prosty. Okrężnica zstępująca i poprzeczna tak były rozszerzone iż miały grubość ramienia. Przepona wypchnięta znacznie ku górze, upośledzała za życia czynność serca i płuc. Tak znaczne rozszerzenie zagięcia esowatego pociągnęło za sobą upośledzenie trawienia, odżywiania, zaczém wzmagała się niedokrewność, a nadto wątroba w skutek ucisku, wywołanego rozszerzonêm jelitem, uległa częściowemu zanikowi, a jelito cienkie do małéj miednicy zepchniętém zostało.

Oser omawia ten przypadek chorobowy głównie dlatego, że tak znaczne zmiany, które tylko sekcyja była w stanie wykazać, nie objawiały się za życia żadnemi innemi przypadami, jak tylko wzdęciem brzucha i postępującą niedokrewnością. Jakże więc trudném a najczęściéj niemożliwém jest rozpoznanie podobnych zmian za życia, gdy nadto ani zgłębnik, ani wlewanie znacznéj ilości wody przez jelito odchodowe nie są, albo tylko bardzo mało, do rozpoznania pomocnemi.

W innym przypadku, gdzie w obec przypadów zatrzymania kału u starszego człowieka, woda w ilości kilku litrów, wlana przez jelito odchodowe, zatrzymała się tamże przez 3 dni i dopiero 4go dnia odeszła z kałem i wiatrami, rozpoznał Oser skręcenie się *S romanum* około osi. Woda bowiem wstrzyknięta, jak twierdzi Oser, znajdowała się z pewnością w okrężnicy zstępującéj, gdy inne części przewodu pokarmowego były próżne, (poprzednie wstrzyknięcie wody sprawiło stolec po 48 godzinach), co więcéj w okolicy lewéj pachwiny, jakotéż wzdłuż przebiegu okrężnicy zstępującéj wyczuć można było słyszalne przelewanie się cieczy; woda zatém dostała się przez skręcone *S rom.* do okrężnicy zstępującéj, ale właśnie w skutek znacznego napełnienia ostatniéj *S romanum* skręciło się około swéj osi, stanowiąc przeszkodę dla wydobycia się treści jelit na zewnątrz.

Wreszcie wspomina Oser o chorym, który cierpiał dosyć często na zatrzymanje kału. Wstrzyknięcie 2 litrów wody dało się łatwo uskutecznić przy małém ciśnieniu. Oser rozpoznał zwężenie okrężnicy, a sekcyja wykazała *carcinoma recti*. W tym przypadku sztuka mimowoli uprzedziła przyrodę; albowiem przyspieszyła wstrzyknięciem jednego litra wody (podczas nieobecności Osera) przedziurawienie rakowato zwyrodniałego jelita. Oser twierdzi nakoniec, że cierpienia przewodu pokarmowego a w szczególności zwężenia, najczęściéj się zdarzają u Żydów. (*W. med. Blätter* 1879 Nr. 2—6). *Dr. M. Kramarzyński* (w Brzesku).

Prof. Arlt: **Przyczynek do etyjologii zapalenia rogówki.**
Sprawozdanie Dra Henryka Blumenfelda w Badenie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

2) Iritis, Kyklitis, Chorioiditis z następową Keratitis. Jeżeli przy zap. tęczówki lub jagodówki tworzą się znaczne złogi na błonie Descemeta i przez długi czas się utrzymują, wtedy odpowiednia substancyja rogówkowa się przyćmiewa i równocześnie wytwarzają się w niéj pojedyńcze naczyńka. Rogówka wygląda w téj części jakby macerowana i jéj powierzchnia okazuje prócz zmniejszonego połysku także i nierówności. Z ustąpieniem cierpienia przyczynowego może i w rogówce nastąpić *restitutio ad integrum*. Autor zauważył podobną zmianę na rogówce w skutek długotrwałego przylegania soczewki wypadłéj do przedniéj komórki; przyćmienie rogówki utrzymało się mimo wydobycia szczęśliwego soczewki zwapniałéj. Zap. tęczówki i ciałka rzęskowego (szczególnie w połączeniu z zapaleniem twardówki) wywołuje zap. rogówki, objawiające się przyćmieniem, rozpulchnieniem tkaniny i wytwarzaniem się naczyń. Zmiany te występują początkowo jako ogniska pojedyncze na obwodzie rogówki, posuwają się następnie ku środkowi, którego jednak prawie nigdy nie dosięgają; ustępują z cierpieniem przyczynowém, zostawiają atoli czasem plamy i smugi niewyleczalne. Zapalenie ropne naczyniówki (przy ropnicy po ciężkich urazach) może czasem wywołać przedziurawienie rogówki; zwykle atoli toruje sobie ropa drogę przez białkówkę nawet w tych przypadkach, gdzie uraz przyczynowy nadwerężył rogówkę.

3) Przyćmienie i przymglenie rogówki podczas napadu zapalnego w jaskrze nie mają znaczenia zapalenia rogówki, są raczéj przypadami obrzęku ostrego i ustępują równocześnie z innemi przypadami zapalenia po kilku dniach. W późniejszym atoli okresie jaskry, kiedy już oko nie ma poczucia światła, tęczówka zanika, soczewka jest przyćmioną, występują często w środkowéj części rogówki, niewrażliwéj już na dotyk, zmiany szczególne. Rogówka przymglona okazuje bowiem powierzchnię nierówną i staje się miejscami jakby galaretowato naciekłą. Czasami przychodzi wśród przypadów zapalnych do nacieku ropnego i zniszczenia rogówki połączonego z krwotokiem z naczyniówki lub panophtalmitis (w następstwie).

1) Do przyczyn wywołujących zapalenie rogówki pierwotne, należą w pierwszym rzędzie urazy działające bądź mechanicznie, bądź chemicznie, bądź termicznie. Ciała obce, które do worka spojówkowego się dostały, rzęsy skierowane ku wewnątrz, złogi wapienne w torebkach gruczołów Meiboma (u osób starszych) drażniąc w sposób rozmaity rogówkę, wywołują zmiany odpowiednie. I tak powstaje częściowe złuszczenie przybłonka, jako zmiana najnieznaczniejsza, w innym przypadku przymglewa się rogówka, lub powstaje wrzód, czasami zaś wyżéj opisane modzelowate zgrubienie.

Ciała obce, tkwiące powierzchownie w rogówce, sprawiają najczęściéj światłowstręt, łzawienie a nawet kurcz powiek. Czasem powstaje naokoło ciała obcego lekkie zamglenie z wytwarzaniem się naczyń, nie przychodzi jednak prawie nigdy do zapalenia z owrzodzeniem. Ciała obce, tkwiące w saméj tkaninie rogówkowéj, wywołują już zmiany znaczniejsze. W przeciągu kilku dni powstaje naokoło ciała obcego obwódka wypocinowa a następnie ropienie, które prowadzić może do wytwarzania się wrzodu głębokiego, do zapalenia tęczówki (*cum aut sine hypopio*) i do dalszych jego następstw. Powierzchowne zadraśnięcia i ekskoryjacyje rogówki (przybłonka i błony Bowmana) wywołują wprawdzie w skutek odsłonięcia nerwów rogówkowych znaczne bóle, światłowstręt, łzawienie i nastrzykanie rzęskowe, nie stanowią jednak prawie nigdy przyczyny większych zmian, chyba że nastąpiły wśród silnego wstrząśnienia lub ugniecenia rogówki; przypady te ustępują zwykle szybko pod zimnemi okładami. Ciekawe są atoli przypadki, w których po upływie kilku tygodni wszystkie opisane przypady bez dalszéj ponownéj przyczyny wracają. Taką recydywę możnaby uważać za newralgiję, gdyby bóle, zaczerwienienie, łzawienie nie utrzymywały się ustawicznie przez kilka dni, i gdyby nie można przy dokładném badaniu zawsze odkryć zadraśnięcia lub złuszczenia na rogówce. Autor zaleca w tych przypadkach opaskę na oko, którą przez dłuższy czas nosić należy. Co do ran głębokich lub przeszywających rogówkę, wiadomą jest rzeczą, że wywołują tém łatwiéj zapalenie ropne, im więcéj się oddalają od czystych ran kłótych lub ciętych, że rany zanieczyszczone lub powstałe wskutek ugniotu lub szarpnięcia, jakoteż rany, których brzegi w okresie sklejania w skutek jakiego wpływu zewnętrznego znowu się rozstąpiły, zawsze do mniéj lub więcéj znacznego ropienia prowadzą. Wypadnięcie tęczówki lub ciałka szklanego nie wyklucza możebności gojenia się *per primam*. Wiek i usposobienie chorego wywierają zresztą znaczny wpływ na przebieg cierpienia. Urazy, polegające na silnym ugniocie lub wstrząśnieniu, stają się przeważnie przyczyną ropnia lub wrzodu, przyjmującego prawie zawsze kształt okrągły.

Urazy, działające na tkaninę rogówkową w sposób chemiczny lub termiczny wywołują zmiany rozmaite, począwszy od przemijającéj utraty przybłonka lub przeźroczystości do znekrotyzowania części lub całéj rogówki.

2) Objawy zapalne, występujące na rogówce przy skrzydełku (*pterygium*), zwykle zawdzięczają początek szkodliwościom, działającym przez dłuższy czas niespostrzeżenie na spojówkę i część rogówki graniczącą z brzegiem wystawioną przy otwartéj szparze powiekowéj na wpływ powietrza zanieczyszczonego. Skrzydełka w ten sposób powstałe znajdują się też najczęściéj po stronie nosowéj, rzadziéj skroniowéj oka. Przy téj sposobności wspomina autor, że zauważył w ostatnich latach skrzydełka (u osób starszych), których szczyty skierowane były od wewnątrz na zewnątrz i ku górze. Przypadki te dowodzą, że nie należy przypisywać żadnego wpływu kierunkowi działania m. prostego na tworzenie się skrzydełka.

(Dokończenie nastąpi.)

Lindemann (Münster): **Przyczynek do leczenia karbunkułu wargi górnéj.**

Gdy L. po trzykroć zrobił doświadczenie, że w skutek karbunkułu usadowionego na wardze górnéj, pomimo energicznéj dotychczas używanéj terapii, tj. głębokiego i rozległego nacięcia i podawania wewnętrznie środków podniecających, nastąpiła śmierć, i gdy w czwartym przypadku choroba pomimo nacięć zaczęła podobnie przebiegać jak w poprzednich, zastósował liczne nakłócia za pomocą tenotomu, obok śródmiąższowych wstrzykiwań 2%owego roczczynu kwasu karbolowego za pomocą strzykawki Pravaza, któréj kolec wbijał na krańcach twardéj powierzchni z kierunkiem ukośnym ku środkowi. Z początku wstrzykiwał co godzinę, na drugi dzień co 3 godziny a trzeciego dnia już nie było potrzeby wstrzykiwań, gdyż twardość deskowata zmiękła, brzegi nacięć do siebie się zbliżyły, a co najważniejsza, że w dalszym przebiegu wcale do rozpadu nie przyszło. (*Archiv. f. klin. Chirurgie* XIII. 4). *A. O.*

Prof. Navratil (Budapeszt): **Organtyn jako materyjał do oprawy ustalającéj.**

Zauważywszy, że opaski organtynowe, używane do ostatecznego utwierdzenia oprawy Listrowéj, zazwyczaj tworzą rodzaj oprawy ustalającéj (*Contentiv-verband*), użył N. tychże i w innych przypadkach zamiast opasek gipsowych itp. Z 30 przypadków zapaleń różnych stawów większych i mniejszych, złamań odnóg dolnych i górnych itp., przytoczonych przez autora, nabiera się razem z nim przekonania, że oprawa taka jest nie tylko wystarczającą, ale nadto odznacza się swoją lekkością, taniością i nader łatwym sposobem odjęcia, bo przez odmoczenie. Również skuteczną okazała się jako oprawa na jądra zamiast plastrów Frickego. (*Centralblatt f. Chirurgie. Orig. Mttg.* Nr. 13). *A. O.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VII. z dnia 2go kwietnia 1879 roku.

Przewodniczący kol. Sciborowski. Obecnych członków czynnych 15, członek korespondent 1 i jeden gość.

1) Przewodniczący powitawszy nowo obranego członka Tow. kol. Smoleńskiego i gościa Dra Friedmana z Geinfahrn pod Wiedniem, składa do biblioteki rozprawy nadesłane przez autora kol. Pieniążka: 1) *Untersuchungen über die Empfindlichkeit der Larynxschleimhaut*, 2) *Über interessante Fälle von Kehlkopferkrankungen*, 3) *Zur Casuistik der chronischen Blenorrhoe der oberen Luftwege*, 4) *Ueber die Ursachen und die Bedeutung der näselnden Sprache*, 5) *Einige Fälle von Nasenpolypen und deren Entfernung mit der Stahlschlinge.*

2) Przewodniczący zawiadamia Towarzystwo o stracie, jaką poniosło przez śmierć swego członka korespondenta Dra Franciszka Orłowskiego. Śp. Orłowski ukończywszy nauki lekarskie w Kazaniu oddawał się czas jakiś praktyce w oddalonych gubernijach Rosyi, powróciwszy przed kilku laty do Warszawy pracował z powodzeniem na polu praktyki prywatnéj i szpitalnéj, zasilał przytém artykułami „Gazetę Lekarską“ i zamieścił wiele artykułów popularnych w „Kuryjerze Warszawskim.“ W roku zeszłym obszerniejsza jego praca: „o chorobie syfilitycznéj w Syberyi“ wydrukowaną była w Pamiętniku Tow. Lek. Warszawskiego. Umarł dn. 18 marca 1879 w Warszawie w 44 roku życia. Zgromadzenie oddaje na wezwanie Przewodniczącego pamięci zmarłego cześć przez powstanie.

3) Kol. Przewodniczący zapytuje obecnych, czy nie mają do udzielenia jakich spostrzeżeń o chorobach obecnie panujących. Kol. Warschauer zapytuje, czy często się teraz błonica pokazuje, sam bowiem w przeszłym tygodniu leczył na Kleparzu jeden przypadek błonicy u dziecka, który się zakończył niepomyślnie, a w tym tygodniu wezwany został do téjże saméj rodziny w celu leczenia chorego chłopca, u którego znalazł wysięk błonicowy na migdałkach. Kol. Warszchauer zrobił spostrzeżenie, że błonica, jeżeli zaczyna się od migdałków, rzadziéj staje się śmiertelną w skutek ogólnego zakażenia, aniżeli wtenczas, gdy najprzód występuje w krtani lub innych częściach połyku. Początki dyfteryi są nieraz bardzo nieznaczne, przypomina sobie, że raz leczył dziecko dotknięte błonicą na Podgórzu, w tym samym pokoju bawił się mały brat chorego na podłodze, rodzice uważali go za zupełnie zdrowego, tymczasem kol. Warschauer zbadawszy gardło chłopca przekonał się że jest już błonicą zajęte. Rzeczywiście choroba ta rozszerzyła się późniéj i chłopiec umarł. Kol. Pieniążek zwraca uwagę na zdanie poważnego autora Dra Sidlo, lekarza pułkowego we Wiedniu, który uważa błonicę za chorobę lokalną nie zakaźną i wcale nie niebezpieczną, leczy ją skaryfikacyjami, które zdaniem Sidla zawsze mają w ciągu kilku dni chorobę usuwać; nie przeszkodziło to jednak wcale, że jeden z lekarzy wiedeńskich w ten sposób leczony umarł na błonicę. Kol. Pieniążek niejednokrotnie uważał u chorych leczonych ambulatoryjnie na migdałkach, rzadziéj na łukach podniebieniowych i na języczku małe błonki, szare, dające się z łatwością zeskrobać, co najwyżéj z utratą przyblonka; wyraźnéj utraty substancyi pod niemi nie było. (anatomicznie należałoby właściwie uważać to za dławiec, *croup*), przebieg téj postaci choroby był lekki ale tylko u osób dorosłych, dlatego w przypadkach takich rokował dobrze, leczenie jego ograniczało się do pociągnięcia roztworem kw. salicylowego i zalecenia tegoż do płókania; pomazanie saletranem srebrowym tylko przedłużało przebieg choroby. Przypadki takie uważaćby może należało za postać poronną błonicy, sama bowiem dyfteryja jest chorobą niezaprzeczenie ciężką. Być może, że Dr. Sidlo właśnie na takich przypadkach oparł swoje zdanie o błonicy, co tém prawdopodobniejsze, że doświadczenie swoje opierał wyłącznie na przypadkach dotyczących żołnierzy, ludzi zresztą zdrowych i w sile wieku będących. Co się tyczy stosunku dławca (*croup*) do błonicy, to mówca sądzi, że zachodzi między niemi różnica nie tyle jakościowa, jak raczéj ilościowa tak co do miejscowości, w których występują, jak i głębokości, w któréj osadza się wysięk chorobowy. Błonicę uważać należy za chorobę ogólną, ponieważ zwykle gorączka i towarzyszące jéj dreszcze poprzedzają o 2 lub 3 dni wybuch miejscowy choroby; ważném jest także zdanie Dra Kaposiego o błonicy, który płonicę i dyfteryję uważa za choroby identyczne. Kol. Pieniążek mniema jednak, że należy te dwie sprawy chorobowe uważać za odmienne, chociaż istnieją stany chorobowe przejściowe, w których dokładnéj granicy między płonicą i błonicą przeprowadzić trudno. Kol. Warschauer przypomina, że Dr. Sidlo nie tylko błonicę uważa za chorobę nie zakaźną, ale w ogóle przeczy istnieniu chorób zakaźnych a źródło ich upatruje w przeziębieniu; zdanie Sidla nie napotkało téż na zwolenników, a jego doktrynie dał należytą odprawę Dr. Bernstein. Mówca zgadza się z kol. Pieniążkiem, że rokowanie u dorosłych w błonicy jest o wiele lepsze niż u dzieci, nie przypomina sobie, aby kiedy stracił chorego dorosłego na błonicę; inni autorowie np. Lutze w Bawaryi przytaczają przypadki, gdzie i u dorosłych przebieg błonicy był bardzo złośliwy, połączony z silną gorączką, a zejście śmiertelne. Błonica występuje niewątpliwie w różnych postaciach, można ją pod tym względem porównać z gruźlicą. Co się tyczy środków zalecanych przeciw błonicy kol. Warschauer należy do skeptyków, bo jeżeli wielbią skutki kw. salicylowego, karbolowego, borowego, wody wapiennéj, wody pomięszanéj z wyskokiem (*Küchenmeister*) i innych środków leczniczych w dyfteryi, to należy przyznać że w błonicy lekkiéj pomagają wszystkie środki, w ciężkiéj żadne. Kol. Czerwiakowski przytacza dwa przypadki spostrzegane przezeń w Gleichenbergu, w których badając gardło pacyjentów znalazł zajęcie błonicowe migdałków, mimo że chorzy nie gorączkowali. Gorączka wystąpiła dopiero późniéj, w jednym przypadku na drugi dzień wieczorem, była zresztą nieznaczną, a przebieg choroby w obu przypadkach leczonych pomazaniem części dotkniętych saletranem

srebrowym był pomyślny i krótki. Równocześnie Dr. Hausen zauważył kilka przypadków błonicy w Gleichenbergu. Kol. Pieniążek nie chciał twierdzić stanowczo, że zawsze w błonicy ogólne zakażenie i gorączka poprzedzają objawy miejscowe, jest to jednak jego mniemanie, obecnie dostatecznych danych do stanowczego rozstrzygnięcia jeszcze nieznamy. W przypadkach kol. Czerwiakowskiego mogła być infekcyja tak słabą, że nie wywołała żadnego lub tylko zbyt małe podniesienie ciepłoty, aby mogło być dostrzeżoném. Kol. Czerwiakowski odpowiada, że w obu przypadkach w chwili dostrzeżenia objawów miejscowych choroby, ciepłomierz wykazał temperaturę zupełnie prawidłową, trudno zaś przypuścić, aby osoby leczone przez niego były tak zadczułe, żeby późniéj występującą lekką gorączkę odnieść do nadrażnienia wywołanego przez pomazanie saletranem srebrowym. Kol. Warschauer podnosi, że dotąd akta nad stosunkiem dławca do błonicy nie są zamknięte. Dotychczas pozostaje pytaniem, czy jest między dławcem a błonicą różnica. Obok różnicy w wypocinie, która w dławcu jest powierzchowną i daje się łatwo zdjąć z powierzchni błon śluzowych, a w błonicy zajmuje głębsze części błon śluzowych i przyprowadza je wreszcie do zgorzelinowego rozpadu, doświadczenie naucza, że są i inne różnice między temi chorobami i tak: zapalenie krtani dławcowe nie jest chorobą zakaźną, w błonicy cierpienie się szerzy, wywołuje objawy ogólne w całym ustroju, w dławcu sprawa chorobowa pozostaje miejscową, w *laryngitis crouposa* nie spostrzegamy téż wrzodów. Na dławiec bardzo rzadko w rodzinie zapada więcéj niż jedna osoba, przeciwnie błonica zwykle występuje u kilku osób razem mieszkających. Co się tyczy gorączki, to doświadczenie kol. Warschauera nie koniecznie przemawia za tém, żeby gorączka miała zawsze poprzedzać objawy miejscowe w błonicy. Przypomina też sobie, że przed 16 laty, gdy błonica była mniéj znaną i mniéj częstą niż dzisiaj, Oppolzer w swych wykładach twierdził również, że nie zawsze błonicy towarzyszy gorączka, podobnież i białkomocz *(albuminuria)*. Kol. Ściborowski nie może się także zgodzić na zdanie Kaposiego o identyczności płonicy i błonicy. W bardzo dokładnie spostrzeganym przypadku płonicy bez wysypki *(scarlatina sine exanthemate)*, z zajęciem nerek, dotyczącym jego własnego syna, nie było pomimo zapalenia gardła żadnych złogów dyfterytycznych. Kol. Pieniążek sądzi, że odróżnienie *laryngitis crouposa* i *diphtheritica* w postaciach wybitnych jest ściśle możliwém, ogólnie mówiąc można powiedzieć, że w dławcu większe są zboczenia miejscowe a mniejsze ogólne, przeciwnie w błonicy. Również powszechnie twierdzą, że błonica jest zaraźliwą, dławiec zaś nie. Gerhardt jednak utrzymuje, że i czysty dławiec jest zaraźliwym. Najczęstsze są formy przejściowe, gdzie zazwyczaj zrazu występują objawy wybitnéj błonicy, późniéj wybitnego dławca; w tych stanowczéj granicy między obu temi stanami przeprowadzić niepodobna. W wielu przypadkach dławca widzianych w klinice prof. Wiederhofera, gdy zrobiono tracheotomiję, na ranach po tracheotomii okazywały się wysięki błonicowe. Co się tyczy gorączki to mówca widział, że w przypadkach silniejszych błonicy poprzedzała ona zawsze zwykle na parę dni wystąpienie zmian miejscowych, zresztą rzecz się może mieć podobnie jak w ostrych zakaźnych osutkach, gdzie zwykle także gorączka poprzedza wystąpienie osutki, niekiedy jednak, najczęściéj w odrze, wysypka zjawia się nagle nie poprzedzona gorączką. Zauważyć nadto należy, że nasilenie gorączki nie zostaje w prostym stosunku do zmian miejscowych na migdałkach, nieraz mimo małych zmian miejscowych gorączka jest bardzo silna i objawy ogólne bardzo znaczne, również często mimo rozległych spustoszeń w połyku i gardle gorączka jest bardzo słaba i objawy ogólne nieznaczne. Kol. Lustgarten opowiada przypadek błonicy krtaniowéj, który spostrzegał przed kilku tygodniami. W przypadku tym trudności oddechowych nie było, gorączka również bardzo mała, termometr okazywał 37,5.°, tętno jednak było przyspieszone. Błonica jeżeli się ogranicza do połyku, nie jest chorobą tak straszną, przeciwnie, gdy występuje w krtani, to czy ją poprzedza gorączka lub nie, prawie zawsze kończy się śmiercią. Co do odróżnienia dławca od błonicy zauważył kol. Lustgarten, że dławiec sprawia większe trudności oddechowe niż błonica, w dławcu zachrypnienie jest zupełne, w błonicy tylko w lżejszym stopniu w skutek obrzmienia strun głosowych. Kol. Warschauer podnosi, że dawniéj błonica, zwana wówczas wcale słusznie *angina gangraenosa*, była rzadką chorobą, natomiast w porze słotnéj, wilgotnéj dławiec często występował u dzieci, wówczas nie było jeszcze zwyczaju badać na błonicę; przed laty 16tu wyczytał pierwszy raz w dziele Niemeyera, że w dławcu zwykle się znajdują owrzodzenia w jamie ustnéj, od owego czasu badał zawsze jamę ust u dzieci dotkniętych dławcem, przekonał się jednak że w przypadkach samoistnego zapalenia dławcowego krtani owrzodzeń tych w gębie nie było; Niemeyer miał widocznie do czynienia z postaciami mięszanemi. Dawniéj robiono w dławcu częściéj tracheotomiję i procent przypadków pomyślnych był wcale korzystny, późniéj w błonicy rękoczyn ten rzadziéj wykonywano, mimo to procent śmiertelności był niekorzystny. Prawdopodobnie nie tylko wyobrażenia nasze o chorobie ale i choroba sama zmienia się z biegiem czasu. Kol. Warschauer opowiada wreszcie jeden przypadek błonicy, w którym rodzice dziecka dotkniętego chorobą żądali wykonania tracheotomii; Kol. Warschauer był jéj przeciwny, ale dokonał jéj wezwany do narady śp. Gilewski mniemając, że może mieć skutek pomyślny. Operacyja dokonaną była szczęśliwie i nastąpiło polepszenie w stanie zdrowia operowanego dziecka, mimo to w 11 dni po operacyi umarło ono w skutek błonicy rany po tracheotomii. Kol Rosner namienia, że czytał niedawno w jedném z pism lekarskich niemieckich artykuł, w którym autor zaleca wykonywanie tracheotomii wcześnie w błonicy, rana przytém ma być opatrywana sposobem Listra, a wówczas dyfteryja rany nie ma się pojawiać.

Ponieważ koledzy, którzy zapowiedzieli odczyty, dla ważnych przyczyn na posiedzenie przybyć nie mogli,

na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Skórkowski.*

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie II z dnia 21 stycznia 1879.

Dr. Zieleniewski odczytał dalszy ciąg swéj pracy o Krynicy, poczém Dr. Blatteis odczytał pismo Dra Warschauera, który nie mogąc być obecnym na posiedzeniu nakréślił kilka uwag zmierzających do tego, aby sprawozdania ze zdrojowisk były opracowane nie tylko pod względem statystycznym, ale aby w takowych poruszano i wyjaśniano kwestyje w nauce sporne. Między innemi lekarze zdrojowi w Krynicy mogliby zwrócić uwagę na buczenie w żyłach szyjnych, do czego mają tam wiele sposobności, gdyż zjawisko to pojawia się w niedokrewności, a jednak nie zawsze za nią przemawia, albowiem widzimy nieraz czerstwe osoby, budowy silnéj a nawet olbrzymiéj, mianowicie żołnierzy zupełnie zdrowych, u których buczenie w żyłach szyjnych bywa bardzo głośne. Wiadomo, że najczęściéj bywa słyszaném po prawéj stronie szyi, rzadziéj po lewéj, a najrzadziéj po obu stronach. Wiadomo, że dawniéj radzono (Hamernik, Dietl) zwrócić twarz w przeciwną stronę, i tak jeżeli miano badać stronę prawą szyi, to radzono zwrócić twarz ku stronie lewéj, obecnie Guttmann radzi zachować zwykłą postawę twarzy. Koledzy praktykujący w Krynicy mogliby w tym względzie podać bliższe wyjaśnienia, mając po temu tak znaczny materyjał. Przy tém źródle możnaby się również spotkać z chorobą jeszcze nie dosyć wyjaśnioną, zwaną niedokrewnością postępową złośliwą (*anaemia perniciosa progressiva*).

Prof. Korczynski zgadza się w zasadzie ze zdaniem Dra Warschauera, że szmery żylne mogą stanowić temat do umiejętnéj i systematycznéj pracy, opartéj na ścisłych spostrzeżeniach klinicznych, sądzi jednakże, że w obec prac dawniejszych i nowszych na tém polu istniejących, trzebaby wystąpić z bardzo znaczną liczbą przypadków przez czas bardzo długi i wśród rozmaitych warunków spostrzeganych. Skoro nadto spostrzeżenia Arana odnoszące się do przeszło 600 przypadków, Wintricha obejmujące 600 przypadków, Dickorego opierające się na 300, a najnowsze Weila na 600 przypadkach, nie zdołały rozstrzygnąć wielu spornych kwestyj i wyrobić jednolitego zdania o znaczeniu semiotyczném szmerów żylnych, to w pracy przedsiębrać się mającéj trzebaby jak najszczegółowiéj dociekać warunków, wśród których szmery żylne powstają a wzglę-

dnie znikają i jak najskrzętniéj badać krew tak co do ilości ciałek krwi, jakotéż hemoglobinu. W wyjątkowych przypadkach, gdzie szmery nad żyłą szyjną lewą są wyraźniéjsze aniżeli nad prawą, wartoby zwrócić uwagę na rozmiary tętnicy dogłowowéj i podobojczykowéj lewéj, a to w celu przekonania się, czy domysł jakoby większa wyraźność szmerów po stronie lewéj pochodzić mogła od wąskości tętnicy dogłowowéj przy prawidłowych rozmiarach żyły szyjnéj wspólnéj, wypowiedziany przez prof. Korczyńskiego (Przegl. Lek. 1878, str. 47), sprawdzi się na większym szeregu przypadków. W każdym razie dla lekarzy w zdrojowiskach a w szczególności w Krynicy praktykujących nastręcza się wiele innych tematów têm ponętniejszych, o ile dotyczą bezpośrednio ich specyjalności. Tu należą wszelkie badania odnoszące się do zachowania się przemiany pierwiastków pod wpływem czynników balneoterapeutycznych, zmian w ilości i jakości krwi, przeziewu skórnego, jakości tętna, wydzielania składników moczu i t. p. Uwzględnić jednakże należy, że badania tego rodzaju są żmudne, wymagają wiele czasu i zachodu, a nadewszystko, że wykonać się dadzą na większy rozmiar dopiero wtedy, gdy zdrojowiska nasze posiadać będą szpitale zdrojowe.

Dr. Blatteis namienia, że w Krynicy bada od lat kilku buczenie w żyłach, jednak dotąd nie doszedł do żadnego pewnego rezultatu, gdyż objaw ten nie zawsze przydarza się w niedokrewności, a co więcéj nie jest stałém zjawiskiem nawet u tych samych osób. Buczenie w żyłach u zupełnie zdrowych uważa za objaw poczynającéj się niedokrewności. Nadto przekonał się, że buczenie utrzymuje się dłuższy czas po usunięciu niedokrewności.

Wracając do artykułu przez Dra Zieleniewskiego odczytanego Przewodniczący prosi, aby cały ustęp dotyczący zdrojowiska w Żegiestowie i sposobu napełniania wody żegiestowskiéj do flaszek nie był drukowany, albowiem takowy zawiera liczne ustępy, które nie zgadzają się z celami i zadaniem Komisyi balneologicznéj. Po dłuższéj dyskusyi, która głównie odnosiła się do porównania składu chemicznego wody krynickiéj i żegiestowskiéj odmiennym sposobem korkowanéj, Komisyja balneologiczna życzenie Przewodniczącego przyjmuje jako uchwałę, poczém Dr. Zieleniewski oświadcza, że zastanowi się, czy będzie się mógł poddać téj uchwale.

W zastępstwie sekretarza *Dr. Skórczewski.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Cyrulicy na prowincyi. Ze źródła kompetentnego dowiadujemy się, że t. zw. cyrulicy w miastach mniejszych Galicyi nie tylko, że prowadzą rzemiosło swoje po dawnemu, ale przeciwnie rozzuchwalili się i dopuszczają się nadużyć rozmaitych, a to z powodu, że w braku odpowiedniéj ustawy brak zupełny kontroli nad nimi, że władze rozmaicie się zapatrują na ich działalność, a ztąd nie tylko lekarze praktyczni, ale i lekarze rządowi są w obec nich całkiem bezsilnymi. Ponieważ wyuzdane to partactwo szkodzi niezmiernie nie tyle lekarzom, ile publiczności cierpiącéj, byłby czas, aby nad tą ważną kwestyją nareszcie zastanowiono się, a przedewszystkiém zwracamy się do krajowéj Rady zdrowia, aby rozpatrzywszy się w stosunkach na prowincyi, zechciała czém prędzéj wygotować odpowiedni projekt ustawy.

* W sprawie nowo urządzonego pawilonu dla obłąkanych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, otrzymujemy od jednego z kolegów szpitalnych następujące uwagi, prostujące w znacznéj części korespondencyję umieszczoną w numerze przeszłym:

„Czytałem, że pawilon dla obłąkanych jest pod każdym względem drogocennym nabytkiem dla kraju naszego, a dla chorych pod każdym względem wzorowym. Rzeczywiście jest on drogocennym dla kraju, bo kosztuje prawie 100,000 złr., ale czy jest wzorowym dla chorych, to inne pytanie. Nie śmiem pytać się, gdzie jest front owego „okazałego gmachu," chociaż z porównania z innemi pawilonami i szpitalem dawnym wynika, że jako front mamy prawo uważać stronę północną, w któréj są „sale dla chorych widne, wysokie i obszerne," a nie stronę południową, po któréj znajdują się obszerne, w zimie ogrzewane korytarze. Cały pawilon przypomina nieco więzienie z powodu grubych, podwójnych krat, sterczących przed oknami. Podczas gdy wszędzie staraniem jest budownictwa, aby szpital dla chorych na umyśle robił wrażenie najmilsze tak dla chorych, jako dla otaczających, podczas gdy powszechnie zgodzono się, aby kraty (jeżeli już koniecznie istnieć mają) były jak najmniéj widzialnemi i rażącemi, w pawilonie tutejszym wcale o to nie dbano, lecz przeciwnie okazawszy je w całéj swéj nagości, utrudniono nawet zamaskowanie ich kwiatem lub powojem, umieściwszy je na zewnątrz przed oknami, które się otwierają na wewnątrz. Urządziwszy nadto korytarze od strony wejścia do pawilonu, dało się ciekawym i nieciekawym widok smutny chorych wyglądających z po za grubych krat.

W gmachu samym słychać ciągle śpiewy, hałasy itp. objawy złego lub dobrego humoru chorych. Pochodzi to z nieodpowiedniego podziału i urządzenia ubikacyj. Na dole są chorzy niespokojni, a sale i korytarze są tak zbudowane, że najmniejszy szmer rozchodzi się po całym gmachu, a nawet dochodzi do sąsiednich oddziałów szpitalnych. Separatki są tak niestósownie urządzone, że każde uderzenie chorego o drzwi rozlega się jak najpiękniejsze echo, że przewietrzenie ich jest prawie niemożebném, okna bowiem po za niemi umieszczone otwierają się pod kątem do góry i na wewnątrz; niema téż w nich ścieków. — Tusze w celu leczniczym nie są do użycia, tusz bowiem deszczowy rozpryskuje się zanadto, a gruby jest zanadto mocny. — Zapewne téż żaden zakład na świecie nie rozporządza tak wielką ilością kluczy, jak nowy nasz pawilon. Mamy np. 2 klucze do tuszów, 4 do wodociągów, 1 do okien, 1 do pieców, 1 do gazu, 1 do wanien, 1 do wychodków itd., razem kluczy 12; a przecież 2 klucze byłyby dostatecznemi. W pawilonie, przeznaczonym głównie dla chorych gwałtownych, drzwi powinny się raczéj odmykać na zewnątrz, a nie na wewnątrz. Schody tak główne jako i poboczne dla służby, nie mają ściany środkowéj murowanéj, tylko są lekko w powietrzu zawieszone, ostatnie są nawet kręte i za wąskie, a przecież po tych właśnie schodach prowadzi się chorych do łazienek, a co najgorsza, że schody te, na których człowiek zdrowy zawrotu doznać może, oddzielone są od oddziału drzwiami szklanemi o szybach wielkich. — Dziwnym zbiegiem okoliczności obok pokoi przeznaczonych dla klasy I umieszczony jest wychodek dla całego zakładu, a przedsionek prowadzący do pierwszych i do ostatniego jest drzwiami zamknięty, tak że o wentylacyi mowy niema, a więc przystęp do klasy I szczególnym sposobem odznacza się wonią najprzykrzejszą.

Sale są za duże, niektóre mieszczą po 10 łóżek. Pomijając okoliczność, że łóżka są tak ustawione, iż chorzy ciągle się patrzą w okna, to przez urządzenie sal wielkich uniemożebniono oddzielanie chorych i odosabnianie, tak aby jeden drugiego nie narażał na pewne nieprzyjemności. W całym pawilonie niema ubikacyi, gdzieby można chwilowo umieścić szaleńca uspokojonego, (w separatce chory przebywa tylko podczas napadu), nie ma pokoju dla chorego zanieczyszczającego się, dla konającego, ani pokoju, w którymby zmarły mógł pozostać w łóżku przez przepisane 2 godziny; wszystko odbywa się w obecności innych chorych, którzy przypatrywać się téż muszą walce między służbą a szaleńcem, którego wypada odprowadzić do separatki.

W ogóle przy budowie szpitala zapomniano o têm, że oddział dla obłąkanych w Krakowie według statutu jest zakładem leczniczym *(Heilanstalt)*, gdyż wybudowano pawilon jakoby przeznaczony dla przytuliska (*Pflegeanstalt*). W takiém przytulisku może sypiać i po 15 osób w jednéj sali, może leżeć 10 paralityków zanieczyszczających się, gdyż z łatwością można zebrać odpowiednie towarzystwo; w pawilonie krakowskim przeciwnie jeden paralityk zajmować musi pokój przeznaczony dla kilku chorych, bo trudno narażać innych chorych na różne nieprzyjemności.

Szpital nowy wyróżnia się korzystnie od szpitala św. Ducha, że ma dobre powietrze, dosyć światła, a obecnie ma i dosyć miejsca, bo jest zbudowany na 60 chorych. Inne pytanie, czy tych zalet będzie można dopatrzyć się, jeżeli konieczność nakaże pomieścić podwójną liczbę chorych; wszak i szpital św. Ducha wtedy, gdy w 18 pokojach mieścił 20 chorych, był wzorowym, a przestał nim być, gdy przebywało tam przeszło 50 chorych."

Uwagi Redakcyi: Otrzymawszy uwagi powyższe, sprzeczne z opisem przesłanym nam przez innego kolegę szpitalnego, a ogłoszonym w numerze poprzednim, udaliśmy się na miejsce, gdzie z grzeczności kol. Neussera, prymaryjusza oddziału dla obłąkanych, mieliśmy sposobność rozpatrzenia się we wszystkich

szczegółach, a wynieśliśmy wrażenie takie, że zakład obecny ma się do zakładu dawniejszego, jak wieki średnie do czasów nowszych, że więc o porównaniu go z zakładem u św. Ducha wcale mowy być nie może, ponieważ w rzeczy samej na pierwszy rzut oka przypomina nowsze zakłady zagraniczne, wzniesione według pojęć tegoczesnych. Po dokładném rozpatrzeniu się atoli przyznać musimy, że uwagi w powyższéj korespondencyi podane są niestety uzasadnione, i że wady w niéj wytknięte w rzeczy saméj istnieją. Niektóre z nich, jako tkwiące w samym planie budowy, zapewne nie dadzą się usunąć; po największéj części atoli z niewielkim nakładem usunięte być mogą. Smutna to zapewne rzecz, jeżeli w gmachu nowym bezpośrednio po oddaniu go na użytek publiczny okazuje się nagląca potrzeba zmian, ale to u nas jest na porządku dziennym, skoro się zawczasu nie radzą znawców kompetentnych. W żadnym nowszym zakładzie nie znajdzie podobnych krat, podobnych natrysków, tylu szyb i kluczów, co w nowym pawilonie tutejszym. Jak w oddziale chirurgicznym narzędzia do operacyj, tak w pawilonie w mowie będącym znaleźliśmy w szafie całą kolekcyję kluczy, a potrzeba wielkiéj wprawy, aby na prędce wybrać klucz potrzebny i nie być zmuszonym odbyć wędrówki li dla kluczów. Do popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się obłąkany znajduje w zakładzie znaczne ułatwienie, potrzebuje tylko wybić szybę dużą i dostać się na schody kręte; a że pokusa ta jest wielką, dowodzi fakt, że chory pewien już wytłukł kilkanaście szyb a przy téj sposobności zadał sobie kilka ran w odnogi górne; chorego tego zastaliśmy z różą, która do ran się przyplątała. — Sekundaryjusz zakładu ma mieszkanie nierównie lepsze od kolegów swych na innych oddziałach, zwłaszcza w starym gmachu się mieszczących, ale za to nie ma znów osobnego wychodka. Powtarzamy, wiele z tych urządzeń niestósownych da się jeszcze usunąć, a w takim razie pawilon nowy, jakkolwiek nie wzorowy, będzie przeciez celowi swemu odpowiednim i dlatego zwracamy uwagę Władz na te usterki.

* W skutek zmian poczynionych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, a koniecznych z powodu zniesienia szpitala św. Ducha, oddział chirurgiczny mieści się obecnie na 2giém piętrze starego gmachu i zajmuje całe to piętro z wyjątkiem dwóch salek połączonych osobnemi schodami z oddziałem chorób wenerycznych. Położenie oddziału chirurgicznego jest zatém o tyle lepsze od dawniejszego, że cały oddział znajduje się na jednym poziomie, co ułatwia komunikacyję i przyczynia się do dokładniejszego nadzoru chorych i służby niższéj, nadto możebném się stało obecnie urządzenie sali operacyjnéj pomiędzy oddziałem męzkim a żeńskim. Przy téj sposobności oddział doznał także powiększenia, albowiem gdy dawniéj było tylko miejsce na 64 chorych, obecnie oddział obejmuje łóżek 80.

Z drugiéj strony atoli wielce niekorzystną jest właśnie okoliczność, że oddział chirurgiczny musiano pomieścić na 2ém piętrze, podczas gdy zazwyczaj oddziały takie mieszczą się na dole, ponieważ transport chorych tego rodzaju jest najtrudniejszym, nadto w lecie niepodobna chorych przenosić z łóżkami do ogrodu, co stanowi wielką szkodę dla ciężko rannych i operowanych. Zresztą przy systemie korytarzowym przypływa ciągle powietrze z dolnych pięter, które są zajęte przez chorych wcale dla rannych nieobojętnych, jak np. przez chore na gorączkę połogową itd. Dlatego uważać należy za jeden z najkardynalniejszych błędów wybudowanie domu dla administracyi zamiast pawilonu chirurgicznego, bo administracyja snadnie w gmachu starym mogła znaleść pomieszczenie. Wychodki są okropne, pocieszać się jednak można tém, że takowe stanowią rodzaj barometru szpitalnego, bo ile razy zanosi się na zmianę pogody, tyle razy korytarze starego gmachu przepełnione są wonią wychodków.

* Statystyka małżeństw. Na 10,000 mieszkańców więcéj niż lat 15 liczących pozostaje w związku małżeńskim: w Węgrzech 6475, we Francyi 5566, w Anglii 5398, w Austryi 5271, we Włoszech 5270, w Danii 5191, w Niemczech 5107, w Norwegii 5065, w Szwecyi 4952, w Holandyi 4940, w Szkocyi 4678, w Belgii 4634, w Szwajcaryi 4582, w Irlandyi 5313. *(W. allg. med. Ztg.* Nr. 16).

Statystyka epidemij. Ospa łagodnieje w Londynie, umarło 12, leczy się w szpitalach 250; świeżo zapadło na ospę 37. Także w Wiedniu i w Paryżu mniéj umarło z ospy, więcéj w Petersburgu, tyle co w zeszłym tygodniu umarło w Budapeszcie. W Pradze i Barcelonie umarło z ospy 3, w Tryjeście 2, w Genewie i Odesie po 1. W Królestwie Polskiém w gubernii Radomskiéj i Piotrkowskiéj panuje także ospa. Odra i dławiec zabierają wiele ofiar w Budapeszcie.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 15 (od 6 do 12 kwietnia) umarło w Krakowie osób 28: męż 14 i kob. 14; w obwodach 6 i w szpitalach 22; roczna śmiertelność na 1000 wynosiła 25,8; w Warszawie 19,0; w Wiedniu 23,7; w Pradze 49,3; w Bazylei 27,9; w Paryżu 31,0; w Londynie 25,7; w Kopenhadze 28,0; w Chrystyjanii 16,1; w Odesie 39,2; w Berlinie 26,6; w Wrocławiu 32,9; w Drezuie 17,4; w Lipsku 25,0. W tymże czasie umarły 2 osoby z chorób zakaźnych w Krakowie: 1 z duru brzusznego, 1 z róży. W tygodniu 16 doniesiono o następujących chorobach zakaźnych: 1 dławca (z Kleparza l. 111), 1 płonicy (z ul. Karmelickiéj l. 54). *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 24 Kwietnia. Na posiedzeniu Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętn., odbytém w d. 21 bm. prof. Teichmann wyłożył rzecz o nowym, przez siebie wynalezionym sposobie użycia kitu szklarskiego do nastrzykiwania naczyń krwionośnych i innych przewodów. W rozprawach nad tym przedmiotem wzięli udział: prezes Majer, Drowie Kopernicki, Oettinger i Czyrniański.

* Protomedyk Biesiadecki powrócił w poniedziałek wieczór do Lwowa, witany na dworcu kolei przez grono przyjaciół i kolegów. Ze Lwowa uda się protomedyk temi dniami do Wiednia, celem zdania sprawy w ministerstwie spraw wewn., i podobno zabawi dzień w Krakowie.

* Prof. kliniki lekarskiéj Dr. Korczynski mianowany został członkiem honorowym Towarzystwa balneologicznego w Odessie.

* Współpracownik nasz Dr. L. Rydygier zrzeka się docentury chirurgii w Jenie, obejmując własną klinikę prywatną dla chorób chirurgicznych w Chełmnie, nowo wybudowaną w pięknem położeniu i urządzoną na 30 łóżek.

* **Wiedeń.** Na 441szém posiedzeniu Izby deputowanych Rady państwa we Wiedniu poseł Hausner poruszył kwestyję uzupełnienia uniwersytetu lwowskiego wydziałem lekarskim. Z odpowiedzi atoli ministra oświaty wynika, że rząd obecnie nie ma zamiaru tworzenia ani nowych uniwersytetów, ani nowych wydziałów, i że w danym razie Morawa przedewszystkiém uwzględnioną zostanie.

* **Berlin.** Na pierwszém posiedzeniu 8go Zjazdu chirurgów niemieckich, odbytém w d. 16 bm., przewodniczący prof. Langenbeck odczytał pismo Cesarzowéj Augusty następującéj treści: „W nowszych czasach dyfteryja szerzy się coraz więcéj, a występuje ona w niektórych miejscach śród objawów, które godne są szczególnego zastanowienia. W nieszczęściu familijném, które Nas nawiedziło, znajdujemy pobudkę do zajmowania się tą sprawą. Chodzi głównie o to, aby pod względem téj choroby zjednoczyć badania chemii, medycyny i chirurgii. Gdy ostatnia ściągnęła tu najznakomitszych przedstawicieli nauki, mniemałam, że wypada mi udać się do Panów, abym jako przedstawicielka i w imieniu damskiego stowarzyszenia szpitalnego ustanowiła nagrodę międzynarodową, któraby w ciągu roku udzieloną być mogła téj pracy, któraby owo zadanie jak najlepiéj rozwiązała. Berlin 15 kwietnia 1879 r. Augusta“.

Od sprawozdania z pierwszego posiedzenia wstrzymujemy się z powodu, że mamy zapewnione ogólne zdanie sprawy ze Zjazdu chirurgów, które w jednym z następnych numerów Przeglądu Lek. umieścimy.

* **Mianowania i odznaczenia**. Nadzw. profesor w Wrocławiu Dr. Freund zamianowany prof. zw. położnictwa w Strasburgu. — Docent uniw. wiedeńskiego Dr. Ultzmann otrzymał od francuskiego ministerstwa oświaty tytuł „*Officier d'Académie*“. — Docenci Drowie Brouardel i Laboulbène mianowani zostali profesorami w wydziale lek. w Paryżu, pierwszy medycyny sądowéj, ostatni historyi medycyny.

* Dowiadujemy się właśnie, że przy t. zw. awansie majowym postąpili na starszego lekarza sztabowego 2iéj kl. dotychczasowy lekarz sztabowy Dr. W. Derblich (obecnie w Pradze),

lekarz pułkowy 2iéj kl. Dr. Franciszek Danek (w Krakowie), na lekarza pułk. 1éj kl., a lekarze starsi Dr. Rudolf Lewandowski (w Wiedniu) i Dr. Aleksander Wysocki na lekarzy pułk. 2éj kl.

* **Wiadomości osobowe.** Z obrony krajowéj przeniesieni zostali do armii czynnéj jako zawodowi lekarze wojskowi: lekarze starsi Drowie Leon Półtorak, Eugieniusz Mironowicz, Albin Padalewski, August Soika i Józef Schorr (ostatni do szpitala wojskowego w Krakowie).

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 15: Heringa: O operacyi polipów krtani; Zieleniewskiego: O ruchu i rozwoju Krynicy (c. d.); Nr. 16: Heringa: O operacyi polipów krtani (c. d.); Wygrzywalskiego: Z zapisek szpitalnych (dok); w *Medycynie* Nr. 16: Gajkiewicza: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.); Talki: Badanie nieczułości na barwy u służby dróg żelaznych (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dra KOEHLERA (z Kościana): Pielęgnowanie skóry, włosów i zębów. Warszawa 1879. (Osobne odbicie z dwutygodnika „Zdrowie") in 8vo, str. 31.

Dr. WEISSENBERG: Das Jod- u. Bromhaltige Soolbad Königsdorff- Jastrzemb in Oberschlesien. Berlin 1879, A. Hirschwald, in 8vo, str. 70.

Dr. A. JURASZ (w Heidelbergu): Beiträge zur laryngopathologischen Casuistik. (Osobne odbicie z Nru 14 i 15 *D. med. Woch.* 1879.) in 8vo, str 10.

Dr. G. KOTTOWITZ: Neuester Führer im Kurorte Ischl. Wien 1879, O. Maass, in 8vo, str. 42.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Środę dnia 30go b. m. o godz. 5 popołudniu posiedzenie, na którém: 1) Prof. Dr. Olszewski przedstawi wynik rozbioru chemicznego kilku zdrojów krynickich dotychczas chemicznie nie rozbieranych, 2) Dr. Skórczewski poczyni uwagi nad stacyjami klimatycznemi Gries, Meran, Arco i Wenecyja.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Krol. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 3 maja 1879. № 18. Rok XVIII.

I. Spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki lekarskiéj krakowskiéj.

Przez prof. Dra **Korczyńskiego.**

IV.

Trzy przypadki duru brzusznego zakończone śmiercią u kobiet z wrodzoną wąskością układu tętniczego. Znaczenie blednicy wrodzonéj w durze brzusznym.

Będąc przez kilka lat lekarzem ordynującym w oddziale chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza, miałem dość częstą sposobność spostrzegania przypadków duru brzusznego i przekonania się naocznego o wynikach badania pośmiertnego [1]). Bardzo często zastanawiała mnie ta okoliczność, że chorzy, u których nasilenie gorączki i innych przypadków chorobowych było bardzo znaczne, mimo przedłużającego się nieraz biegu choroby przecież zdrowieli, i że w całym przebiegu choroby nie pojawiały się żadne ważniejsze powikłania; podczas gdy inne przypadki przy mierném tylko nasileniu choroby kończyły się śmiercią, bądź skutkiem stłuszczenia narządów wewnętrznych i wyczerpania pobudliwości serca, bądź skutkiem powikłań w ogóle nawet w durze brzusznym mniéj często przydarzających się. Śledząc przyczyny tego zjawiska nie mogłem znaleść dostatecznego usprawiedliwienia i wytłumaczenia ani w poprzednim stanie chorych a względnie chorobach przedtém przebytych, ani w stopniu odżywienia, stosunkach dyjetetycznych i higijenicznych, charakterze epidemii i t. p. warunkach, tak że poprzestać musiałem na ogólnikowych domysłach, przypuszczając, że obok nasilenia jadu durowego stopień osobniczéj odporności organizmu i wytrzymałości na wpływ stanu gorączkowego, a w części osobniczéj jedności fizyjologicznéj pojedyńczych narządów, jest główną przyczyną zmienności w przebiegu duru brzusznego. Domysł ten zdawał się być tém bardziéj uzasadnionym, że uważałem daleko częściéj u kobiet, których odporność już w stanie zdrowia jest mniejszą, aniżeli u mężczyzn, niekorzystny przebieg duru brzusznego, mimo korzystnych napozór warunków do wyzdrowienia. Zagadką jednakże była zawsze ostateczna przyczyna tych nieprawidłowych a w przebiegu duru tak ważnych stosunków osobniczych.

W roku 1874 przydarzył mi się przypadek nagłéj śmierci u rekonwalescentki po durze brzusznym z dosyć łagodnym przebiegiem, gdzie obok stłuszczenia mięśnia sercowego i gojących się wrzodów durowych wykazała sekcyja niezwykłą wąskość tętnicy głównéj i niezwykłą cienkość ścian takowéj. Wkrótce potém zauważyłem ten sam objaw w kilku przypadkach duru, przeważnie u kobiet, z łagodnym zrazu przebiegiem, gdzie nagły upadek sił lub powikłanie z jakąś chorobą następową zadały kłam pierwotnemu rokowaniu. Żałuję bardzo, że dotyczących opisów choroby podać obecnie nie mogę, gdyż historyje chorób właśnie z tego roku uległy w szpitalu przypadkowemu zniszczeniu. Odtąd zacząłem bliżéj zwracać uwagę na zachowanie się układu tętniczego w zwłokach osób, zmarłych z duru brzusznego, ku czemu jednakże w praktyce klinicznéj nadarzała się daleko mniejsza sposobność aniżeli w szpitalu.

Od stycznia 1875 roku napotkałem w trzech przypadkach nieprawidłowy rozwój układu tętniczego u osób zmarłych z duru brzusznego. Liczba ta aczkolwiek była mi dostateczną, ażeby w obec poprzednich spostrzeżeń szpitalnych uwidocznić uczniom znaczenie wrodzonéj blednicy, a względnie niedostatecznego rozwoju tętnic ze względu na rokowanie i przebieg duru brzusznego, przecież wydawała mi się za małą, by ogłaszać drukiem swoje osobiste w tym względzie przekonanie. Do podzielenia się opisem powyższych przypadków z szerszém kołem czytelników skłoniła mnie przeważnie ta okoliczność, że ku wielkiéj mojéj uciesze B e n e k e w dziele wydaném w drugiéj połowie zeszłego roku

[1]) Liczba przypadków duru brzusznego wynosiła:

w roku	1871 . . .	44
„ „	1872 . . .	57
„ „	1873 . . .	75
„ „	1874 . . .	58
	razem	234 przypadków.

(*Die anatomischen Grundlagen der Constitutionsanomalieen des Menschen*, na str. 62 i nast.) przytoczeniem wielu przykładów nieprawidłowéj wąskości tętnic właśnie u osób zmarłych z duru brzusznego nadał téj sprawie pewną podwalinę i że przezto zdanie moje od r. 1875 *ex cathedra* głoszone, przestaje być mojém zdaniem osobistém.

Gdyby jednak badania Beneke'go, wykonane na 27 zwłokach osób zmarłych z duru brzusznego, z których wypada, że w 16 przypadkach istniała nieprawidłowa wąskość tętnicy głównéj, dały się odnieść do pewnéj liczby chorych leczonych na dur brzuszny w danym okresie czasu, dopiero wtedy możnaby mieć dokładne pojęcie, jak często nieprawidłowa budowa tętnic staje się przyczyną pośrednią śmierci. Że takowa jest istotnie częstą przyczyną nieszczęśliwego zakończenia się duru, za tém przemawiałaby skromna wprawdzie co do liczby, lecz za to bardzo wymowna statystyka kliniczna.

I tak: od stycznia 1875 do kwietnia 1879 r. leczono w klinice lekarskiéj krakowskiéj, która jak wiadomo ogranicza się tylko do 24 łóżek, z pominięciem kilku chorych, którzy przybyli w ozdrowinach po durze brzusznym lub z chorobami następowemi, 24 osób na dur brzuszny, a mianowicie 8 mężczyzn a 16 kobiet. Z mężczyzn, z których kilku cierpiało na dur bardzo ciężki, umarł tylko jeden, tj. chłopiec 12-letni (G. B. Nr. protok. 45 z r. 1876), skutkiem zapalenia otrzewnéj z przedziurawienia jelita biodrowego stwierdzonego sekcyją; z kobiet zaś wyzdrowiało 11, w znacznéj części dotkniętych ciężkim durem, podczas gdy wszystkie 3 zmarłe okazywały nieprawidłową budowę naczyń w części macicy, a za życia przedstawiały objawy błędnicy.

Leczenie przez cały ten czas było prawie jednakowe i zasadzało się obok należytego uwzględnienia wskazówek dyjetetycznych i higijenicznych, o ile takowe w ogóle wśród niekorzystnych warunków klinik naszych wykonać się dały, przeważnie na nieprzesadném wprawdzie, lecz w każdym razie stanowczém stósowaniu środków przeciwgorączkowych; przy czém nie zaniedbywano nigdy pilnego śledzenia zachowania się czynności serca i takową skrzepiano, a w razie potrzeby dosadnie podniecano. Jedyną prawie różnicę stanowił wybór środków przeciwgorączkowych; przeważnie podawano chinin od 1 — 4 — 5 grm. na dawkę i dobę, rzadziéj kwas salicylowy lub salicynę w dawkach nieco od poprzednich większych, kąpiele chłodne stósowano tylko wyjątkowo i to więcéj w celach demonstracyjnych aniżeli ściśle leczniczych, gdyż stosunki kliniczne na metodyczne kąpanie chorych nie pozwalają. Odmienny przebieg choroby w danych przypadkach nie mógł więc pochodzić od odmiennego leczenia.

Również zmniejszy się zarzut przypadkowego tylko pojawiania się kilku przypadków duru niepomyślnie kończących się, jeżeli się porówna statystykę śmiertelności klinicznéj i szpitalnéj. Najmniejszą śmiertelność z duru zauważałem w szpitalu w roku 1872 (11·1%) i w r. 1874 (14%); śmiertelność w klinice z całego okresu czasu wynosi 17·5%, a więc jest mimo to mniejszą od śmiertelności w szpitalu w r. 1871 (19·4%) i w r. 1873 (19·7%), a jest nawet mniejszą od średniéj śmiertelności chorych na dur w szpitalu przez 4 lata leczonych, gdyż takowa wynosi 18·5%.

Przypadki nasze według kolejności, w któréj się przydarzyły, pokrótce opisane są następujące:

Przypadek I. Józefa Wójtowiczówna, lat 20 licząca, służąca niezamężna, zamieszkała przy ulicy Floryjańskiéj w domu pod L. 349. Matka choréj miała umrzeć na suchoty płucowe. Chora nie przebywała nigdy żadnéj ważniejszéj choroby z wyjątkiem zimnicy, którą miała przed kilku laty przez kilka dni. Miesiączka pojawiła się w 16 r. życia, trwała zazwyczaj trzy dni i miała być zupełnie prawidłową. Choroba obecna rozpoczęła się w pierwszych dniach października 1876 r. silną biegunką, która tém mniéj zastanawiała chorą, że w domu, w którym mieszkała, bardzo wiele osób cierpiało na biegunkę i mimo takowéj zwykłe swe obowiązki wypełniała. W dniu 6 października dołączył się ból głowy, znaczne osłabienie, bezsenność, brak łaknienia i ból w krzyżach, a przypady te spotęgowały się w dniu 8 paźdz. po kilkorazowych dreszczach, po których wystąpić miała ciągła gorączka. Od 10/X chora zmuszona była leżeć już stale w łóżku, skąd nazajutrz zawiezioną została do szpitala, a w dniu 14/X przeniesioną do kliniki.

Bliższe poszukiwania wykazały, że w domu, w którym chora służyła, wydarzyło się kilka przypadków czerwonki, zimnicy i duru brzusznego, tak dalece, że urząd zdrowotny miejski widział się zniewolonym poddać wodę w studni dokładniejszemu badaniu, które jednakże miało wydać wynik ujemny.

Dnia 14/X ciepłota 39·4° C., tętno 116; wieczór ciepł. 39·8, tętno 120, kilkorazowa biegunka, jednorazowe wymioty. Język suchy, apatyja, mocz bardzo skąpy zawiera sporą ilość białka a chlorki zmniejszone. Ord. kwasek, zmywania a rano i wieczór po 1 grm. chininu.

Dnia 15/X wykazało ściślejsze badanie: Osoba wzrostu średniego, podściółka tłuszczowa dobrze rozwinięta, mięśnie dosyć jędrne, kościec miernie rozwinięty. Spojówki nastrzykane, źrenice miernie rozszérzone. Twarz blada, tylko policzki sinawo-czerwone, wargi spierzchłe, zęby pokryte cisawym mułem; język suchy, w środku miernie obłożony, na końcu gładki, czysty, lśniący, okazuje w tém miejscu tylko gdzieniegdzie przerosłe brodaweczki. Błona śluzowa gardła w niektórych tylko miejscach nieznacznie zaczerwieniona. Szyja cieńka, miernie długa, dołki szyjne wyraźne, gruczoły szyjne prawidłowe; tylko pod szczęką lewą jeden gruczoł miernie powiększony; falowanie żył szyjnych miernego stopnia. Skóra cieńka, delikatna, blada; obok dużych miejsc białych, otoczonych miejscami ciemniejszemi *(achroma)* widać na całym tułowiu, osobliwie na brzuchu, łuszczenie się skóry w drobnych łuszczkach otrębiastych. Tkanka podskórna okazuje wszędzie, osobliwie na stopach i mostku, opuchlinę bardzo nieznaczną i to tego rodzaju, że po ucisku palcem powstaje bardzo nieznaczny dołek, który natychmiast znika. Klatka piersiowa dosyć długa, zresztą prawidłowa. Stosunki wypukowe płuc prawidłowe, przysłuch wykazuje mierny nieżyt oskrzelowy. Uderzenie serca słabe, w prawidłowém miejscu widzialne i wymacalne; granice stłumienia prawidłowe, tony serca czyste lecz słabe. Tętno 120 małe i miękkie; tętnica mała, ciepłota 39·2° C. Wieczór tętno 124, ciepłota 39·8° C. Brzuch miernie wzdęty, brzeg śledziony miękki, bolesny, pod łukiem żebrowym namacalny, stłumienie śledziony od górnego brzegu 8 żebra do łuku żebrowego a ku wewnątrz do linii pachowéj przodkowéj. Okolica kątnicy bolesna, kruczenie tamże i stłumienie odgłosu. Chora oddaje pod siebie kał płynny wraz z moczem, którego ilość z tego powodu oznaczyć się nie da. Mocz odprowadzony cewnikiem okazuje c. g. 1·020, barwę czerwono-żółtą, oddz. kwaśne, zawiera białko w sporéj ilości, chlorki zmniejszone, barwik krwi w małéj ilości, a pod drobnowidem nieliczne ciałka krwi

i wałeczki przeważnie przeźroczyste. W sterze nerwowej znaleziono senność, apatyję i dość znaczne osłabienie.

Na podstawie zmian w moczu stwierdzonych rozpoznano ostre zapalenie miąższowe nerek. Takowe nie mogło być samoistném, lecz opartém na tle choroby zakaźnéj. Chorobą tą mogła być albo płonica albo dur brzuszny. Skoro za pierwszą częściowo tylko przemawiało łuszczenie się skóry, właśnie z powodu delikatności łusek i zaczerwienienie gardła tylko w odosobnionych miejscach występujące, zaś durowi brzusznemu odpowiadał przebieg gorączki, obecność bębnicy, kruczenia i bolesności nad kątnicą, bieguńki i obrzmienia śledziony, która w przebiegu płonicy tylko rzadko do tych rozmiarów obrzmiewa, rozpoznano dur brzuszny. Przy bliższém omawianiu klinicznem tego przypadku podniesiono ze stanowiska ajtyjologicznego wpływ czynników wywołujących w domu, w którym chora mieszkała, cały szereg przypadków kilku chorób zakaźnych. Ze stanowiska klinicznego: łagodność przebiegu duru brzusznego aż do czasu powikłania z zapaleniem nerek; rzadkość téj komplikacyi, osobliwie we wczesnych okresach duru brzusznego; nakoniec obecność blednicy u osoby z wątłą budową kośćca, cienką i delikatną skórą, długą szyją i słabo rozwiniętym układem tętniczym, które to szczegóły uprawniały do wniosku, że blednica u choréj naszéj polega na pewnych zmianach ustrojowych. Zastósowano bańki suche na okolicę lędźwiową, zmywania całego ciała, wino i chinin z rana i wieczór po 1·50 grm.

Dalszy przebieg choroby daje się streścić w następujący sposób: Ciepłota, która dnia 15/X wieczór podniosła się tak samo jak poprzedniego dnia do 39·8° C., opadła nazajutrz rano do 38·4° C., a wieczór podniosła się tylko do 39·2. Dnia 17/X mimo podniesienia się rannéj ciepłoty do 39·4, a wieczornéj do 40·0, stan choréj zresztą wcale się nie pogorszył. Dnia 18/X przy ciepłocie rannéj 38·6, a wieczornéj 39·0° C. chora była swobodniejsza, mniéj senna, mniéj osłabiona; śledziona nie dała się wymacać pod łukiem żebrowym, bębnica zmniejszyła się, chora oddała tylko 3 razy stolec pod siebie; mocz zawierał mniéj białka a więcéj chlorków; tylko tętno było częste, słabe i miękkie (mimo podawania wina). Polepszenie to nie tylko utrzymywało się, ale nawet zwiększyło się dnia następnego (19/X), a mianowicie ranna ciepłota obniżyła się po raz pierwszy do 37·4, tętno wahało się między 100 — 112, chora była o wiele mniéj senną, oddała dobrowolnie do 400 cm. sz. moczu, który był o wiele jaśniejszy, lżéjszy (1·012), zawierał mniéj białka i wałeczków a więcej chlorków i moczanów. Polepszenie to tak w kierunku choroby głównéj, jakotéż jéj powikłania uprawniało do wniosku, który przy codziennem badaniu klinicznem podniesiono, że nasilenie choroby pierwotnéj nie jest znacznego stopnia i że dur przebiegałby może w postaci duru najlżejszego *(t. ambulat.)* gdyby nie był za sobą pociągnął zapalenia nerek. Jedynym tylko momentem niepokojącym była małość i miękkość tętna, uporne od czasu pierwszego dnia obserwacyi klinicznéj się utrzymująca. Tego samego dnia wieczór (19/X) przy ciepłocie wynoszącéj tylko 38.4 chora zaczęła się skarżyć na kłucie w boku prawym, a badanie wykazało w dolnéj tylnéj części kl. p. po stronie prawéj objawy rozpoczynającego się zapalenia płuca. Nazajutrz badanie wykazało w tém miejscu stłumienie odgłosu, oddech oskrzelowy wyraźny i rzężenia dźwięczne; plwociny stały się rdzawe i lepkie; ilość chlorków zmniejszyła się, siły podupadły, tętno stało się jeszcze miększe, tylko ciepłota ranna wcale się nie podniosła i tak samo jak poprzedniego dnia wynosiła 37·4° C. Przy demonstracyi klinicznéj podniesiono ważność tego nowego powikłania i to tém większą, że większe upośledzenie czynności serca i brak podniesienia się ciepłoty przy zapaleniu zajmującém cały dolny płat płuca uważać musiano jako moment w rokowaniu niebezpieczny. Zapisano 3 grm. *liquoris amxonii anisati.* Wieczór ciepłota po raz ostatni podniosła się do 38·8° C. Dnia 21/X naciek zapalny w płucu powiększył się, chora odurzona i bezsilna, mniéj odkrztusza. W moczu tylko ślad białka dobrze spostrzegalny, a badanie drobnowidowe wykazało tylko gdzie niegdzie wałeczki ziarniste. Tętno 112, jeszcze miększe; ciepłota ranna 37·2, wieczorna 37·3° C. Dnia 22/X uderzającém było, że w miejscu nacieku zapalnego pojawiły się wyraźne objawy rozdzielania się; pomimo to osłabienie bardzo znacznego stopnia, a tętno ledwie wymacalne w liczbie 144 na minutę. Chora umarła o godz. 11¾ przed połudn. wśród objawów zbrzęknienia płuc.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. O martwinie fosforowéj.

Napisał Dr. **Rydygier**,
docent chirurgii w Jenie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17.)

Trudno odgadnąć przyczynę, dla któréj niektórzy z robotników prędzéj, inni późniéj martwiny fosforowéj dostają. Twierdzenie Pappenheima [1]), jakoby to zależało od osobistego usposobienia, jest według mnie nieprawdopodobném. Sądzę, że daleko większy wpływ wywiera większe lub mniejsze zamiłowanie do czystości, daléj większe lub mniejsze narażanie się robotnika przy rozmaitych zatrudnieniach.

Zdarzały się téż przypadki, że niektórzy robotnicy opuściwszy już przed dłuższym czasem fabrykę w stanie zdrowym, późniéj mimoto zachorowali na martwinę fosforową [2]); a częściéj jeszcze spostrzegano, że natychmiastowe porzucenie zatrudnienia po wystąpieniu pierwszych zaraz objawów choroby nie ochroniło robotników od dalszego jéj rozwoju [3]). Kosiński [4]) opisuje nawet przypadek martwiny szczęki dolnéj, w którym badanie choréj nie wykryło żadnéj innéj przyczyny, prócz téj, że chora przed 12 laty pracowała w fabryce zapałek fosforowych, potém atoli wciąż była zdrową i żadnéj nie ulegała chorobie dziąseł, zębów, lub szczęki. Kosiński sam nie śmie twierdzić, jakoby ten przypadek należało z pewnością uważać za przypadek martwiny fosforowéj długo ukrytéj, ale ponieważ żadnéj innéj przyczyny badanie nie wykryło, ponieważ nadto opisane są przypadki, że robotnicy, którzy opuścili fabrykę będąc zdrowymi, w parę lat potém dostawali martwiny szczęki, przypuszcza, że chora może wyjątkowo długo nosiła w sobie usposobienie powstałe w niéj jeszcze przed 12tu laty, a sprzyjające teraz warunki (wilgoć zimno) wywołały zapalenie okostnéj i mar-

[1]) Pappenheim l. c. pag. 524. „*Mancher Speichel und Mund- Nasen- oder Oberkieferhöhlenschleim kann dann der localen toxischen Einwirkung des Phosphors etc. günstig, mancher ungünstig sein.*"

[2]) Bryk, *Beiträge zu den Resectionen* Langenbecks Archiv. t. XV. pag. 256 i nast.

[3]) cfr. nasze opisy chorób Nr. 6 i 8 i Pappenheim l. c. pag. 523.

[4]) Kosiński. „Z kliniki chirurgicznéj". Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1874 r. pag. 305.

twinę, co wcześniéj dla tego niepowstało, że tych warunków nie było.

Co się wreszcie tyczy pytania, czy płeć męzka, czy żeńska częściéj choruje na martwinę fosforową, sądzę, że Weissbach [1]) myli się, twierdząc, iż płeć żeńska częściéj zapada. W naszych 8 opisach chorób na końcu zamieszczonych tylko pierwszy przypadek tyczy się dziewczyny, podczas gdy reszta chorych była płci męzkiéj. Mogłoby to być wprawdzie tylko zdarzeniem przypadkowém, chociaż przyznać trzeba, że byłoby dziwném, bo nie wybieraliśmy sobie przypadków. Nadto zaręczyć mogę, że przeglądając około 50 opisów martwiny fosforowéj zapisanych w księgach klinicznych naszych, nie spostrzegłem, żeby płeć żeńska częściéj chorowała. Przypuszczam, że Weissbach rzeczywiście więcéj widział chorych płci żeńskiéj, aniżeli męzkiéj, ale tłumaczy się to tém, że we fabrykach używają do lekkiéj pracy „maczania“ zwykle dziewcząt, jako robotnic tańszych, a do téj pracy dość silnych. Widzieliśmy zaś powyżéj, że najczęściéj cierpią na martwinę fosforową właśnie robotnicy maczaniem zatrudnieni. Ztąd nic dziwnego, że Weissbach, mając tylko materyjał obserwacyjny z fabryk, doszedł do przekonania, jakoby płeć żeńska skłonniejszą była do tego cierpienia widząc więcéj chorych téj płci. Zdanie nasze podziela i Billroth. (Langenbecka Arch. t. 10, str. 75 i następne.)

Anatomija patologiczna. Zwykle twierdzą, że martwina fasforowa niczém się nie różni od zwyczajnéj martwiny. I tak np. Koenig w najnowszém jeszcze wydaniu swego podręcznika kreśli patalogiczną anatomiję następującemi słowy: „Zapalenie okostnéj fosforowe“ (dlaczego zatrzymałem nazwę starą martwiny fosforowéj, poniżéj uzasadnię) „rzadko tylko przebiega pod postacią ostrego zapalenia ropnego okostnéj z szybką martwiną szczęk. Zwykle okres podrażnienia twórczego *(formative Reizung)* poprzedza rzeczywiste ropienie. Najprzód kostniaki, tworzące się z okostnéj, wywołują zgrubienie szczęk, dopiero późniéj w skutek dalszego działania wpływu szkodliwego występuje ropienie, już to pomiędzy okostną i nowo utworzoną kością, już też to pomiędzy nią a starą kością, zwykle znacznie stwardniałą. W ten sposób w następstwie powstaje martwina kości staréj i nowo utworzonéj, rozprzestrzeniając się raz mniéj, drugi raz więcéj, a nieraz na całą szczękę. Nowa tworząca się w tym czasie kość znowu nieraz ulega martwinie. W innych zaś przypadkach kostniak tylko na niektórych miejscach odstaje od staréj kości tworząc tam rzeczywistą torebkę sekwestrową, podczas gdy na innych pozostaje połączona bez ścisłego ograniczenia odumarłéj kości (Volkmann). Nie różni się przebieg ten w niczém od zwyczajnego zapalenia okostnéj, a mianowicie na szczęce dolnéj spostrzegano nieraz bieg całkiem podobny. Niejednostajność w przebiegu, czém się różni od zwyczajnego zapalenia okostnéj, wywołaną bywa dorywczém działaniem istoty szkodliwéj i sposoczenia“. Tak mówi Koenig, ja zaś przeciwnie sądzę, że martwina fosforowa, czyli zapalenie okostnéj fosforowe, nie mało ma znamion różniących ją od zapalenia zwyczajnego. Wszakże już w pierwszym oddziale wspomnieliśmy, że niemal bez wyjątku u wszystkich robotników, skoro raz zachorowali na zapalenie okostnéj fosforowe, powstaje martwina, chociażby tylko w nieznacznym stopniu byli zachorowali i natychmiast zatrudnienie swe porzucili. Nie potrzebném jest weale, żeby, jak Koenig powyżéj twierdzi, istota szkodliwa daléj działała. Już przebiegiem tym różni się fosforowe zapalenie okostnéj dostatecznie od zwyczajnego, boć znaną jest rzeczą, że ostatnie nieraz wyzdrowieniem się kończy bez wywołania martwiny. Z téj téż przyczyny nie przyjąłem za przykładem Koeniga nowéj nazwy „zapalenie okostnéj fosforowe“, tylko pozostałem przy staréj „martwina fosforowa“. Wprawdzie i Thiersch już (l. c.) powiada, że słuszniéj by tę chorobę zapaleniem okostnéj fosforowém nazywać wypadało, a nie martwiną, bo wyjątkowo zdarza się, że martwina nie wywiązuje się z tego zapalenia. Twierdzenie swe opiera na jednym okazie ze zbioru erlangskiego, na którym nie widać martwiny. Chory, do którego okaz się odnosi, umarł z innéj choroby; możnaby więc powiedzieć, że gdyby była sprawa daléj trwała, martwina jeszcze powstać mogła. Billroth (l. c.) także wspomina o przypadku, w którym po dokładném leczeniu ustąpiło zapalenie okostnéj fosforowe nie wywoławszy martwiny. Jak rzadko to się zdarza, poznamy ztąd, że Billroth sam powiada, iż się spodziewał martwiny choć małego kawałka. W każdym razie przebieg zapalenia okostnéj fosforowego bez martwiny jest wyjątkiem, a zwykle chorzy nam się przedstawiają z martwiną fosforową, dla tego téż trzymając się staréj zasady *„a potiori fit denominatio“* utrzymałem starą nazwę martwiny fosforowéj, za którą nadto przemawia długoletnie używanie.

Prócz odmiennego przebiegu, nie trudno jeszcze i o inne znamiona odróżniające martwinę fosforową od zwyczajnego zapalenia okostnéj. Znajdujemy pod tym względem bardzo trafne uwagi u Thierscha (l. c.), opiewające jak następuje: *„Verum etiam mutationibus anatomicis earumque ordine morbus iste a vulgari periostitide distat. In ea enim statim a primo stadio periosteum suppuratione quadam ab osse solvi solet, quae solutio plerumque certis finibus continetur, ultra quos malum ne postea quidem propagatur. Pars ossis nudata aliquatenus mortificatur, suppuratione mobilis fit atque eliminatur, periosteum novam materiam osseam procreat, quae ejecta parte necrotica locum ejus occupat, atque ita post sex quam plurimum menses totus processus ad finem pervenire solet. Sed aliter res se habet in ea periostitide, quae cum phosphorica necrosi conjuncta est. Non incipit a suppuratione, sed primo superficiem ossis tenero quodam cortice osteophytico obducit. Cortex iste prope alveolum primo correptum crassisimus est, sed ab initio etiam in latitudinem extenditur, id quod apparet in exemplari mandibulae inferioris maceratae, quod Erlangae asservatur, cujus in utraque parte processus in alveolis primo affectis substitit, alveoli ipsi osse recens formato impleti sunt, neque ultra primum stadium morbus progressus est. Ibi tenerum osteophytum per totam superficiem maxillae diffusum conspicitur, cujus particulae et quasi insulae numerosae, non obstante maceratione conservatae sunt“*. Podług Thierscha na tém więc polega różnica pomiędzy martwiną fosforową a zwyczajném zapaleniem, że torebka kostna już istnieje, zanim ropienie odłączy okostnę od kości. Nadto zwraca Thiersch uwagę na skład kostniaków znamionujący martwinę fosforową: *„Sed peculiare et fortasse unicum est phaenomenon, quod in condensato osteophyto phosphorico spectatur: superficies enim fracturae, imprimis ubi sanie exesa est superficiei cementi minutissimis granulis compositi, cujus rei alia exempla mihi quidem non sunt nota“*. Prócz tego znamienia kostniaków, które i my na licznych okazach jenajskich spostrzegaliśmy, uderzyło nas i to, że na wielkiéj liczbie okazów nie mogliśmy nieraz np. na szczęce dolnéj

[1]) Dr. Weissbach, *Casuistischer Beitrag zu den jetzigen Anschauungen über Phosphornecrose des Unterkiefers und die Resection desselben.* Langenbecka Arch. t. 23, pag. 427.

o której wiedzieliśmy, że martwina nie rozprzestrzeniła się aż na jéj wyrostki, ściśle wskazać granicy, gdzie się martwina kończyła, a zdrowa kość rozpoczynała. Fakt ten nie tylko jest ważny pod względem patologiczno-anatomicznym, ale głównie wielkiéj wagi jest dla terapii, w którym to dziale do niego powrócimy.

Wreszcie na jednę jeszcze okoliczność zwracam uwagę: Koenig w swym podręczniku wspomina, że stara kość zwykle bywa stwardniałą, my zaś przeciwnie spostrzegaliśmy na naszych okazach, że kości bywają często bardzo dziurkowate, a mianowicie uderzyło nas to przy wypiłowaniu szczęki górnéj, gdzie nieraz stara obumarła kość była tak dziurkowatą i kruchą, że się łamała za każdém uchwyceniem kleszczami.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Krótkie sprawozdanie z VIII zjazdu niemieckich chirurgów w Berlinie. Napisał Dr. Rydygier docent chirurgii w Jenie.

Podobnie jak z przeszłego zjazdu skreślę i teraz tylko pobieżnie cały przebieg tegoż, pozostawiając sobie dokładniejsze streszczenie niektórych prac ważniejszych na późniéj.

Przy licznym bardzo udziale zagaił Langenbeck pierwsze posiedzenie dnia 16 bm. o godz. 12½ w południe oświadczając, że cesarzowa niemiecka przesłała stowarzyszeniu 1000 marek, i że rozpisała konkurs na najlepszą rozprawę o błonicy (p. Nr. 17 Przegl. Lek. *Red.*) Daléj donosi przewodniczący, że komisyja wybrana na przeszłym zjeździe celem ułożenia szematu do dyskusyi nad guzami złośliwemi wywiązała się ze swego zadania na posiedzeniach swych w Wiesbaden i w Hali; szemat drukowany wręczono członkom. a na jedném z posiedzeń na porządku dziennym będzie rozprawa nad nim. Następnie uczczono przez powstanie pamięć 5 zmarłych członków. Liczba obecna członków wynosi 248. Na wniosek Esmarcha jednogłośnie obrano powtórnie bióro dotychczasowe; na miejsce nieobecnych Volkmanna i Lückego wybrano Bauma i Billrotha do zarządu. Do komisyi sprawdzającéj rachunki wybrano także członków przeszłorocznych, poczém przystąpiono do wykładów.

Pierwszy mówił Kraske (z Hali) „o przeciwgnilnéj oprawie ran postrzałowych podczas pokoju.“ Z 23 przypadków obserwowanych w ostatnich 5 latach w klinice chirurgicznéj w Hali, tylko 2 zakończyły się śmiertelnie, w których to strzał raz zranił żebro, przeponę, wątrobę, lewą nerkę i 12 kręg pacierzowy, drugi raz zaś prawą kość skroniową, podstawę czaszki i płat mózgowy. W 5 przypadkach były tylko części miękkie zranione, z tych 2 połączone ze zranieniem tętnicy udowéj; w dwóch przypadkach postrzał trafił kości odnóg, w 4 sustaw kolanowy, w 3 czaszkę, w 6 klatkę piersiową i w 1 jamę brzuszną. Leczenie we wszystkich przypadkach było przeciwgnilne.

Drugi odczyt miał w zastępstwie Bergmanna, nieobecnego na zebraniu, Urlichs (z Würzburga) „o prątkach barwikowych w oprawach.“ Prątki te spostrzeżone najprzód przez Bergmanna w Dorpacie nie są wcale szkodliwe, zabarwiają części oprawy niebiesko i można je było przeszczepiać na rany dobrą ziarniną pokryte. Można było wyhodować z tych niebiesko zabarwionych prątków czerwone i bezbarwne w rozmaitych płynach.

W końcu Busch (z Berlina) mówiąc o zapaleniu kości doświadczalném“ przedłożył kilka nowych preparatów martwiny i zapalenia kości u psów, otrzymanych po wprowadzeniu kawałków blaszeńca do szpiku kości, lub też po nastrzyknięciu rtęci do tętnicy odżywiającéj goleń.

Następnego dnia odbyło się jedno posiedzenie od 10 do 1 godz. przed poł. w klinice Langenbecka z przedstawieniem chorych, a drugie od 2—5 po poł. w sali uniwersyteckiéj.

Na przedpołudniowém posiedzeniu przedstawiano następujące przypadki:

1) Schüssler (z Bremy) chorego z częściowém, ale rozległém wypiłowaniem rozmaitych kości stopy prawéj, przy użyciu oprawy przeciwgnilnéj dobrze zagojoném.

2) Roser (z Marburga) przemawia jeszcze raz za swoją już przed dłuższym czasem wygłoszoną, ale dotychczas nie uwzględnioną teoryją o przyrodzoném zwichnięciu stawu biodrowego. Za przyczynę tegoż uważa zbytnią addukcyję obok małéj ilości wody płodowéj. Tém tłumaczy téż fakt, że u dziewcząt częściéj zdarza się zwichnienie wrodzone; u chłopczyków bowiem zbytnia addukcyja ma wywoływać w skutek ugniecenia przyrządu płciowego ruchy zwrotne. Leczenie odpowiednio do przyczyny ma polegać na abdukcyi stosowanéj zaraz w pierwszych miesiącach, bo tylko w tenczas skutecznéj.

3) Israel (z Berlina) przedstawił przypadek, w którym wyleczył wiéńcogłówkę wypiłowaniem żebra 6go, nacięciem przepony i wątroby, operacyję wykonano w dwóch odstępach.

4) Genzmer (z Hali) przedstawił przypadek podobny, operacyję wykonano odrazu. Drugi przypadek tyczył się chorego z wielkim mięśniakiem-migdałków, który wyjęto za pomocą bocznego przepiłowania szczęki dolnéj sposobem Langenbecka; powstała miejscowa martwina szczęki, w skutek czego rzędy zębów nie odpowiadały sobie nawzajem i żucie było utrudnione. Podobne nieprzyjemne spostrzeżenia zrobili i inni, a sam Langenbeck przyznaje, że wielka to niedogodność i twierdzi, że dobrzeby się ten sprawie przysłużył, ktoby wynalazł odpowiedniejszy sposób połączenia przepiłowanéj szczęki, niż obecny polegający na zeszyciu srebrem, bo ostatniemu właśnie przypisuje wywołanie martwiny. Proponowane wbicie czopka z kości słoniowéj uważa za niedostateczne.

5) Langenbuch (z Berlina) i 6) Ebermann (z Petersburga) okazują kamienie pęcherzowe, jeden zasługujący na uwagę ze względu na swe olbrzymie rozmiary (wyjęty po śmierci z pęcherza), drugi na swoje jądro które stanowi la podwójna szpilka. Nastąpiło wyliczanie najrozmaitszych przedmiotów stanowiących jądro kamieni, a Langenbeck następnego dnia okazał swój zbiór obfity pod tym względem.

7) Israel (z Berlina) przedstawił naprzód panienkę, u któréj po kolei nastąpiło zapalne odłączenie nasad (*epiphysis*) rozmaitych członków. Następnie okazał preparat bardzo ciekawy; Langenbeck wyłuszczył był w jego szpitalu udo w stawie biodrowym, sądząc, że ma do czynienia z guzem złośliwym kości udowéj; preparat okazuje, że było tylko złamanie. Przypadek ten nader ciekawy późniéj dokładniéj opiszę.

8) Trendelenburg (z Rostoka) przedstawia chłopczyka, któremu dla niedrożności przełyku w skutek spalenia kwasem azotowym założył przetokę żołądkową. Operowany żywi się w ten sposób, że żuje potrawy i połyka je, jak daleko przełyk jest drożny, a potém zwraca je do rurki kauczukowéj prowadzącéj do żołądka. Chłopak wygląda zdrowo i czerstwo.

Posiedzenie popołudniowe: 1) Esmarch „o sposobie przeciwgnilnym na polu bitwy.“ Mówił już wprawdzie częściéj o tym przedmiocie, ale zabiera jeszcze raz głos dla ważności sprawy i żeby udowodnić możliwość przeprowadzenia swoich wniosków. Streszczenie jego przemówienia jako i mówcy następnego pozostawiam sobie na później.

2) Paweł Bruns (z Tübingi) mówi o tymże samym przedmiocie.

3) Maas (z Fryburga) „o zdolności wsysania ran pokrytych ziarniną.“ Dotychczas mniemano, że rany takie nie są bardzo skłonne do wessania, i dlatego uważano niebezpieczeństwo zakażenia rany po pokryciu jéj ziarniną za nie wielkie. Tymczasem liczne bardzo doświadczenia autora wykazały, że zdolność wessania jest zadziwiająco wielka, równa się nieraz podskórnemu zastrzyknięciu. Mianowicie ziarnina powstała pod oprawą karbolową nadzwyczaj jest zdolną do wsysania. Jedyny wyjątek stanowi ziarnina powstała pod oprawą z chlorku zynku.

Trzeci dzień posiedzeń. Posiedzenie przedpołudniowe od godz. 10 do 1 w klinice Langenbecka.

1) Langenbeck przedstawia kobietę z wadą pochwy, u któréj wykonał wycięcie jajnika, (o tym przypadku pomówię później).

2) Rinne (z Berlina) przedstawia chorego, któremu za pomocą rynoplastyki odtworzył prawą stronę nosa, częściowo rakiem zniszczoną, z pomyślnym skutkiem.

3) Thiersch przedstawia ucznia filologii z sztucznie przyprawionym nosem i opisuje nowy sposób téj operacyi, o któréj później wspomnę.

4) Wildt (z Berlina) przedstawił chorego i opisał przypadek rozcięcia brzucha *(Laparotomia)*.

5) Schede (z Berlina) mówił o szwie jelitowym, z okazem preparatu. Dwaj chorzy wyzdrowieli, trzeci przypadek zakończył się śmiertelnie.

6) Wilms (z Berlina) okazał kamień pęcherzowy, którego jądro stanowiła kula chassepotowa z wojny francuskiéj.

7) Pauly (z Poznania) okazał preparat stopy szpotawéj wysokiego stopnia.

8) Kraske (z Hali) przedstawił chorego, któremu celem odjęcia kostniaka wypiłowano część kości skroniowéj i ciemieniowéj; podczas operacyi piłka bez wiedzy i woli operatora przepiłowawszy całą grubość kości dostała się do jamy czaszkowéj i zraniła oponę mózgową, resztę kostniaka odszczepano dłutem i młotkiem, oprawa przeciwgnilna, zagojenie bez wszelkich złych następstw.

9) Benno Schmid (z Lipska) przedstawił model nowéj maszyny do wyprostowania stopy skrzywionéj czyli raczéj pozostałego zwykle po inném leczeniu zwrócenia wielkiego palca ku wewnątrz. Przyrząd składa się z pasa brzusznego, do którego przymocowano gruby drut skręcony spiralnie; koniec tego druta skierowany na wewnątrz; skręcając go tak, że przejdzie na wewnątrz w pochewkę przymocowaną u buta, wywołuje się w nim ruch do odwinięcia się, a têm samém do odwrócenia palucha na zewnątrz.

Posiedzenie popołudniowe w auli uniwersyteckiéj. 1) Rozprawa nad szematem o złośliwych guzach. Billroth wnosi, pouczony ostatnią swą pracą i niespodziewając się żadnéj korzyści ze wspólnéj pracy zakreślonéj szematem, aby dla próby ograniczyć się wyłącznie do guzów jednéj części ciała np. sutków, na co się zebranie małą większością zgadza. Po długiéj dyskusyi, w któréj przebija się żal z powodu pospieszenia się z powzięciem uchwały, gdy Langenbeck oświadczył, że trzeba nowy szemat wypracować, a komisyja po tylu zawodach wypracowania tego już się nie podejmuje, ostatecznie włożono obowiązek wypracowania nowego szematu na Billrotha, który obowiązek ten przyjął, z zastrzeżeniem, że nic nowego nie jest w stanie podać, i odwołuje się do tego, co w ostatniém dziele swém podał.

2) Esmarch (z Kielu) mówi „o kurczu cewki moczowéj.“ Dowodzi, że jest to choroba samoistna wcale nie tak rzadko się zdarzająca, jak to w podręcznikach znajdujemy. Udawało mu się zawsze w takich przypadkach wprowadzenie cewnika, jeżeli wziął gruby numer i kilka minut zaczekał, dotknąwszy skurczonego miejsca końcem cewnika, kurcz powoli ustawał, a cewnik dawał się wsuwać.

Czwarty dzień zjazdu. Przedpołudniowe posiedzenie w klinice Bardelebena (Charité). 1) Langenbuch (z Berlina) okazał *situs transversus viscerum*.

2) Thiersch (z Lipska) przedstawił preparat przedarcia większego przewodu żółciowego; daléj kawał kości czaszkowéj z oponą twardą i kawałkiem mózgu, odłączone od reszty ciała po użyciu pasty z chlorku zynku, rana nieomal się zagoiła, poczém chory nigdy nie miał żadnych przypadków mózgowych. Nareszcie przedstawił ciekawy i zajmujący okaz mniemanéj zgorzeli starczéj; przypadek ten dokładniéj opiszę.

3) Chwat (z Warszawy) okazał sączki ze szkła: pojedyncze wielkie korale próżne z dziurkami po bokach połączone drutem stanowią sączek. Daléj przedstawił nowy instrument do operacyi szczelin odbytu *(fissura ani)*. Jest to kawałek cylindryczny drzewa lub metalu, na którego grzbiecie wpuszczono nożyk z ostrzem ku górze skierowaném (przypomina kozik krakowski, tylko z ostrzem ku górze).

4) Schädel (z Berlina) przedstawił chorego z nadzwyczaj wielkiém i liczném rozszerzeniem żył na brzuchu i udach, odznaczającém się têm, że nie przedstawiało zresztą niezwykłego tak zw. *caput medusae*; wytłumaczenie przyczyny powstania na miejscu tak niezwykłém nie jest możebne.

5) Neubert (z Kielu) okazał sączki wyrabiane z kości wielkich rozmaitéj grubości, oczyszczonych z wapna i odwietrzonych. Sączki te są giętkie, sztuka kosztuje 20 fen. Zaleta ich ma polegać na têm, że przy ich pomocy może się rana pod jedną oprawą zagoić zupełnie, jak tego liczne doświadczenia w klinice chirurgicznéj w Kielu dowiodły. Sączek taki po kilku (4—10) dniach bywa wessany. Oprawę tego rodzaju nazwano *„Dauerverband.“*

8) Ponfick (z Wrocławia) przedstawił preparat próchnienia kości pacierzowych polegającego na grzybicy *(mycotische Form von Wirbelcaries)*.

9) Lesser (z Lipska) podał przyczynek do leczenia przyrośnięć miękkiego podniebienia do tylnéj ściany gardziela. Sposób opisany przez Lessera trudno pojąć bez rysunków.

Posiedzenie popołudniowe. Przed rozpoczęciem rozpraw będących na porządku dziennym, na wniosek jednego z członków zjazdu podziękowano komisyi, która wypracowała szemat o guzach złośliwych, za podjęte trudy i oświadczono, że zebranie wcale nie miało zamiaru przyjęciem wniosku Billrotha zniweczyć jéj pracę, przeciwnie uważa wniosek Billrotha tylko za wstęp i dlatego oświadcza się za têm, aby szemat wypracowany przez komisyję rozesłać do lekarzy *), żeby już teraz podług niego mogli zbierać materyjały

*) Szemat prześlę także szan. Redakcyi; opracowali go Esmarch, Langenbeck, Lücke, Thiersch i Volkmann.

jały na później. Po przydłuższéj dyskusyi, w któréj nie brakło i wniosku, aby wczorajszą uchwałę cofnąć, przyjęto powyższe wnioski.

1) Następnie Socin (z Bazylei) mówił o doszczętném leczeniu przepuklin. W długiéj swéj rozprawie stwierdził, że po operacyjach podjętych podług jednego z rozmaitych a dotychczas używanych sposobów, następuje nieraz wyleczenie trwające przeszło rok; daléj sięgającego doświadczenia niema dotychczas.

2) Gussenbauer (z Pragi). O operacyi guzów osadzających się na podstawie czaszki (*Ueber die buccale Exstirpation der basilaren Rachengeschwülste*). Sposoby dotychczas używane, jakoto: wypiłowanie szczęki górnéj lub osteoplastyczne wypiłowanie tejże przez Langenbecka zalecone, wywołują oprócz niebezpieczeństwa szpecące blizny na twarzy. Przecięcie zaś miękkiego podniebienia nie daje podług niego dostatecznego miejsca do nasady guza, a nadto nie zawsze na pewne zrasta się podniebienie miękkie. W jednym przypadku wykonał nacięcie *involucri palati duri*, odpreparował takowe z obu stron, oraz dłutem i młotkiem wyciął podniebienie twarde. Miejsca było dużo i operacyję z wielką łatwością i dokładnością mógł wykonać. Na to Hüter odzywa się, że w czterech przypadkach zupełnie wystarczyło mu przecięcie miękkiego podniebienia, a połączenie późniejsze zawsze nastąpiło, raz nawet zupełnie bez zeszycia, tylko w skutek granulacyi od kąta rany.

Na tém zamknął Langenbeck posiedzenie i pożegnał członków żałując, że dla braku czasu dużo cennych rozpraw znajdujących się na porządku dziennym nie można było usłyszeć. W końcu namieniam, że rozmaici przełożeni zakładów oprowadzali członków zjazdu po oddziałach chirurgicznych.

Prof. Arlt: **Przyczynek do etyjologii zapalenia rogówki.** Sprawozdanie Dra Henryka Blumenfelda w Badenie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

3) Keratitis ex lagophthalmo, do któréj także i Keratitis neuroparalytica zaliczyć powinniśmy, powstaje również w sposób mechaniczny, a mianowicie w skutek wysychania rogówki (Dr. Feuer, *Wiener med. Jahrb.* 1877 i *Wiener med. Pr.* 1877 Nr. 43—45). Już w r. 1851 określił autor to cierpienie w sposób następujący: „U osób ciężko chorych (na tyfus, cholerę, gorączkę połogową etc.) tworzą się wrzody w dolnym odcinku rogówki, prawdopodobnie z przyczyny zniesionego ruchu powiek, spojówka gałkowa w dolnéj połowie nastrzykana wydziela płyn, który się w krótkim czasie przeobraża w strupki żółtawe, sadowiące się na rogówce w linii odpowiadającéj brzegowi dolnéj powieki. Jeżeli takowe oddalamy, wtedy widzimy rogówkę mniéj lub więcéj zamgloną, czasem nawet rozpulchnioną i okazuje nam się wrzód o dnie szarém. Zmiany te utrzymują się przez długi czas w jednakowym stanie, nie prowadzą do przebicia rogówki i pozostawiają bliznę nieznaczną.“ Niedomykalność powiek, jako właściwą przyczynę opisanego zapalenia rogówki, zauważamy przy porażeniu nerwu twarzowego lub pierwszéj gałęzi nerwu trójdzielnego, przy Exophtalmus (morb. Basedowii, obrzęki pozagałkowe itd.) przy zupełnym lub częściowym braku powiek, (lupus, lues, gangraena, trauma) a wreszcie przy ectropium jednéj lub obu powiek. (Caries, pustula maligna, oparzenie etc.) Niewrażliwość rogówki, na którą zwykle w jaskrze uwagę zwracamy, znachodzimy także mniéj lub więcéj wybitną w rozmaitych formach zapalenia rogówki, nie mających pod innym względem żadnego podobieństwa do zapalenia porażennego rogówki; możemy zresztą, mimo ciągle trwającego porażenia nerwowego, powstrzymać dalsze szerzenie się owrzodzenia, jeżeli jesteśmy w stanie zapobiedz zasychaniu rogówki. Blepharoraphia temporalis lub medialis, Blepharoplastyka, a w razie czasowéj niemożebności wykonania tych operacyj, zwilżanie oka za pomocą płatków, maczanych w oliwie lub tłuszczu, usuwają lub przynajmniéj łagodzą często to cierpienie oka.

4) Zaziębienie (*Keratitis ex refrigerio, Kerat. rheumatica*). Tylko w pewnych ostrych i to świeżych przypadkach tego cierpienia, uwzględniając przypady i przebieg, możemy z niejakiém prawdopodobieństwem wnioskować, że przyczyną było zaziębienie. W łagodnych przypadkach przedstawia się to cierpienie jako lekkie, rozlane, jednostajne zamglenie rogówki, w ciężkich zaś może nastąpić ropienie (wrzód, ropień). *Keratitis rheumatica* występuje w przeciągu pierwszych 24 godzin po zaziębieniu, wśród mniéj lub więcéj znacznych bólów w oku, czole i skroniach, wywołuje światłowstręt, łzawienie i nastrzykanie rzęskowe, a wśród tych objawów tworzy się obrzęk spojówki gałkowéj. Spojówka powiekowa zawsze przytém przekrwiona nie wydziela z początku wcale lub tylko małą ilość śluzu, nawet w tych przypadkach, w których nieżyt spojówki istniał już przed wystąpieniem zapalenia. Wydzielina atoli zwiększa się, jeżeli się już wrzód lub ropień na rogówce wytworzył. Nie ulega zapewne wątpliwości, że nie każde zap. rogówki zaziębieniem wywołane w ten tylko sposób występuje i przebiega. Autor uważa za prawdopodobne, że i niektóre inne a mianowicie chronicznie przebiegające formy do téj kategoryi należą. Zap. rogówki reumatyczne widzimy najczęściéj u osób wieku średniego, nigdy zaś u dzieci.

5) Zap. rogówki w skutek ospy. Autor nie zauważył wprawdzie nigdy wystąpienia osutki wprost na rogówce, uważa atoli za rzecz pewną, że ropnie rogówkowe, spostrzegane w okresie złuszczenia i zabliźnienia, pozostają w stosunku przyczynowym do cierpienia osutkowego. Znachodzą się częściéj w środkowéj, aniżeli w obwodowéj części rogówki i nie odróżniają się zresztą niczém od ropni z innych przyczyn powstałych.

6) Zap. rogówki w skutek kiły. Autor nie widział nigdy zapalenia rogówki w skutek kiły nabytéj (*lues acquisita*) z wyjątkiem tych przypadków, gdzie cierpienie rogówki wywołane było następowo przez *iridokyklitis ex lue*. Natomiast dość często widział *Keratitis ex lue heraditaria* i to zwykle w połączeniu z zapaleniem tęczówki lub ciałka rzęskowego. Forma ta zapalenia rogówki jest bardzo podobną do zapalenia zołzowego, opisanego w ustępie następnym. Objawia się jako niejednostajne, obłoczkowate, plamiste zamglenie rogówki, w któréj równocześnie wytwarzają się naczynia. Sprawa ta, która nigdy nie wywołuje ropienia, trwać może miesiące i lata, przyczém bez wiadoméj przyczyny zewnętrznéj następują remisyje i eksacerbacyje. Równoczesne zap. tęczówki lub tęczówki i ciałka rzęskowego okazuje również przebieg nader przewlekły. Autor nie zauważył nigdy w tych przypadkach kilaka w tęczówce; często przychodziło do zarośnięcia źrenicy, czasem bywała gałka oczna miększą. W jednym przypadku, w którym zamglenie rogówki już prawie znikło całkiem, a tęczówka tylko kilkoma przyczepinami była przyrośniętą, można było za po-

mocą wziernika rozpoznać *Chorioiditis areolaris.* W czasie wybuchu cierpienia miała najmłodsza z obserwowanych osób lat 7, najstarsza lat 15; wszystkie miały wejrzenie chorobowe i źle się odżywiały. Autor zwraca uwagę na szczególną budowę nosa i zębów mianowicie siecznych u tych pacyjentów i wspomina o szpecących bliznach linijowych, spostrzeganych często na dolnéj wardze w okolicy kątów ust *(Rhagades).*

Gruczoły limfatyczne szyjne nie bywają wcale lub tylko nieznacznie naciekłe; czasem napotykamy obrzęki kości lub próchnienie. Rozpoznanie kliniczne opiera się na pewnych datach anamnestycznych i na właściwym sposobie wystąpienia i przebiegu tego cierpienia. Terapija i wcieranie szaruchy (rzadziéj wewnętrzne podawanie sublimatu w pigułkach) a następnie leczenie za pomocą jodku potasu przez kilka tygodni lub kuracyja jodowa *(Hall).* Dok. nast.

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie III z dnia 12 lutego 1879.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 26.

Przewodniczący zawiadamia Komisyję, iż otrzymał od p. Karola Medweckiego, właściciela Żegiestowa, a członka Komisyi balneologicznéj, pismo, w którém tenże oddaje swój zakład pod opiekę w obec niesłusznych zarzutów czynionych wodzie żegiestowskiéj w broszurze p. t. O ruchu i rozwoju c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy. Dla rozpatrzenia sprawy w piśmie tém wyłuszczonéj Przewodniczący zwołał podkomisyję z 10 członków złożoną. Sekretarz odczytuje pismo p. Medweckiego, tudzież elaborat podkomisyi. Następuje obszerna i wyczerpująca rzecz dyskusyja, w któréj prócz przewodniczącego zabierają głos Dr. Zieleniewski, prof. Dr. Alth, prof. Dr. Piotrowski, Dr. Zarewicz, Dr. Ściborowski, Dr. Grabowski Kazimierz i Dr. Warschauer, poczém wnioski podkomisyi w całości przyjęto, w skutek czego uchwalono: 1) całą sprawę przesłać do dalszego traktowania Towarzystwu lekarskiemu; 2) zamieścić w protokóle, iż woda żegiestowska zawiera w rzeczy saméj według rozbioru śp. A. Aleksandrowicza, w 1000 cz. węglanu żelazawego 0.039506, woda zaś krynicka w 1000 cz. 0.028815 tejże soli.

Sekretarz *Dr. Lutostański.*

V. Sprawozdania szpitalne.

Gdy w r. 1875 ukazało się Sprawozdanie lekarskie szpitala powszechnego we Lwowie (za rok 1873), wydane przez dyrekcyję szpitala z polecenia Wydziału krajowego, wtedy w wychodzącym wówczas w Krakowie „Przeglądzie Krytycznym“ (1875, Nr. 11) powitaliśmy takowe następującemi słowy: „Mamy przed sobą wcale pokaźny tom, przypo„minający nam objętością swoją sprawozdania szpitalne, ogła„szane rok rocznie przez zakłady wielkich miast zakrajowych, „a witamy książkę tę tém serdeczniéj, im dłużéj i niecierpli„wiéj pojawienia się oczekiwać musieliśmy. Jakkolwiek bo„wiem już od lat kilku lekarze szpitalni krakowscy zdawali „sprawę z poszczególnych oddziałów, to przecież spotykamy „się dopiero po raz pierwszy z pracą zbiorową lekarzy szpi„talnych. — Skoro pierwsze lody przełamane zostały, wolno „nam cieszyć się nadzieją, że sprawozdania odtąd regularnie rokrocznie pojawiać się i wszystkie oddziały szpitalne obej„mować będą.“ Radość nasza była szczerą, nadzieja płonną! Jeżeli Sprawozdanie w mowie będące jako próba pierwsza nie było wolném od wad, to słusznie przypuścić mogliśmy, że sprawozdania następne wad tych ustrzegą się i powoli zbliżać się będą do pierwowzorów zakrajowych, a tém samém dowiodą, że i w naszych szpitalach tętni życie i wzmaga się postęp; ale nigdy nie przypuszczaliśmy, że pierwsza ta próba będzie ostatnią. Niestety stało się inaczéj! Od tego czasu w dziedzinie szpitalnéj panuje głuche milczenie, od czasu do czasu tylko przerywane pojawieniem się rozpraw, jakkolwiek pięknych i pouczających, ogłaszanych przez niektórych lekarzy szpitalnych, ale nie zastępujących ogólnego sprawozdania, a czasem przerywane, jak w roku przeszłym w Kulparkowie, tonem wcale niedźwiedzim, przypominającym „zgrzyt żelaza po szkle.“ Podczas gdy w innych miastach większych sprawozdania szpitalne raz rozpoczęte pojawiają się regularnie i nadzwyczaj są poszukiwane przez lekarzy praktycznych, podczas gdy w innych miastach nie tylko zakłady pierwszorzędne, jak szpitale powszechne we Wiedniu i Pradze lub *Charité* w Berlinie, ale nawet szpitale drugorzędne, jak np. szpital Augusty w Berlinie, ogłaszają swe sprawozdania, u nas miałożby istotnie wszystko skończyć się na pierwszéj próbie? a nawet zakłady nasze większe, jak szpitale we Lwowie i w Krakowie oraz zakład w Kulparkowie, miałyżby się na zawsze otoczyć murem chińskim? a sprawozdania poszczególnych prymaryjuszów, co rocznie spisywane ale nie drukowane, mająż na zawsze pozostać cennym materyjałem archiwalnym, przystępnym co najwięcej dla lekarzy szpitalnych? Nie przypuszczamy tego i teraz, pomimo, że 4 lata minęły od pojawienia się pierwszego sprawozdania lwowskiego, a nie przypuszczamy tego z powodu, że wierzyć nie możemy, aby tyle szczegółów, odnoszących się do statystyki, epidemijologii, wyniku leczenia itd. itd., miało być skazanych na marne zaginienie. Wszakże kraj nie szczędzący ofiar na szpitale ma prawo nie tylko domagać się leczenia chorych, ale i spożytkowania materyjału na cele ludzkości i nauki, a z pewnością nie szczędziłby małego stósunkowo wydatku, potrzebnego na regularne ogłaszanie sprawozdań. Czyjaż więc wina w tém, że sprawozdania się nie pojawiają? Z pewnością wina nie jest po stronie lekarzy szpitalnych. Wszakże lekarze szpitalni właśnie początkowali w ogłaszaniu sprawozdań z poszczególnych oddziałów lub zakładów, że tylko wspomnimy o sprawozdaniach koll. Korczyńskiego i Obalińskiego, o sprawozdaniu szpitala św. Ludwika w Krakowie, daléj sanockiego i jasielskiego; obecnie nawet z własnego popędu niektórzy prymaryjusze we Lwowie i Krakowie przygotowują sprawozdania ze swoich oddziałów, a widzieliśmy, że potrzeba było tylko jakiéj takiéj zachęty, aby lekarze szpitala powszechn. we Lwowie złożyli się na sprawozdanie, o którém na wstępie była mowa. Naszém zdaniem do inicyjatywy pod tym względem powołane jest bióro szpitalne Wydziału krajowego, które winno wystarać się o fundusz potrzebny do nakładu, i wezwać przedewszystkiém dyrekcyje szpitali we Lwowie i Krakowie, aby postarały się o regularne sprawozdania, z któremi bióro szpitalne mogłoby połączyć ogólną statystykę wszystkich szpitali krajowych. Tym sposobem mielibyśmy rok rocznie należyty pogląd na ruch w szpitalach krajowych, oraz na stósunki statystyczne, epidemijologiczne, i na wyniki leczenia, a roczniki takie byłyby wielkiéj wagi dla wszystkich lekarzy praktykujących, dla kraju całego, a nawet i dla nauki, gdyby Wydział krajowy postarał się o to, aby wszystkie zakła-

dy bez wyjątku były reprezentowane, gdyby nadto sprawozdania były ułożone według jednéj normy nosologicznéj, (np. według normy, którą urząd zdrowia cesarstwa niemieckiego rozesłał wszystkim szpitalom), i gdyby wreszcie sprawozdania, zwłaszcza zakładów większych, nie ograniczały się do podawania dat, lecz idąc i pod tym względem za przykładem zakładów zakrajowych, mieściły w sobie i samodzielne rozprawy naukowe. Że nie żądamy za dużo, że naszych lekarzy szpitalnych stać na takie rozprawy, nie potrzebujemy dowodzić; a gdyby ktoś dowodu tego żądał, odesłalibyśmy go do pierwszego sprawozdania lwowskiego, w którém uwagi podane przez koll. Rożańskiego i Feigla w swoim czasie za wzór przytoczyliśmy. Potrzebaby tylko jednolitego kierunku i energicznéj redakcyi, a nie wątpimy wcale, że i te znalazłyby się we Lwowie i Krakowie, a wtedy sprawozdania szpitalne galicyjskie zajęłyby niepoślednie miejsce w piśmiennictwie naszém i zwróciłyby zapewne na siebie także uwagę zagranicy.

Jeżeli mówimy o zakładach galicyjskich, mamy na myśli i zakład kulparkowski, *the last, but not the least*. Nie tylko dlatego, że najwięcéj kosztował, ale głównie dlatego, że nieszczęsnym zbiegiem okoliczności nadwerężył swoją reputacyję, powinien sumienną zdawać sprawę z tego, co się śród murów jego dzieje, aby tym sposobem dorabiać się powoli zaufania, którego dotąd pomimo reorganizacyi jeszcze nie posiada w zupełności. Oby ten zakład już raz przerwał milczenie ponure, aby kraj przekonał się, że nareszcie zapanował w nim ład i subordynacyja, i że jak w innych szpitalach tak i w nim wszystkie siły działają dla dobra cierpiących.

Tuszymy sobie, że jeżeli sprawozdania te przyjdą do skutku, wtedy i kliniki nasze dadzą dowód łączności swojéj ze szpitalami krajowemi przez ogłoszenie swoich wykazów i spojenia ich z tamtemi na pożytek kraju. *L. B.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Choroby nagminne w Galicyi w ciągu marca 1879.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem lutego	przybyło	z tych: wyzdrowiało	z tych: umarło	z tych: pozostało w leczeniu: chorych	z tych: pozostało w leczeniu: w gminach
Ospa	15	15813	44	140	111	40	33	7
Odra	94	88320	828	3493	2617	279	1425	60
Płonica	39	39234	173	590	402	113	248	25
Błonica	38	48431	70	302	184	131	57	17
Dur brzusz.	48	55114	140	692	415	65	352	31
Dur osutkow.	42	58962	119	541	393	61	206	27
Krztusiec	49	56431	794	869	957	82	624	26
Meningitis cerebro spin. epid.	1	1960	—	22	2	18	2	1

Dr. Merunowicz.

* **Zaraza astrachańska**. Według *Veröffentl. d. d. Ges. Amt.* i na podstawie doniesień prof. Hirscha nie ulega wątpliwości, że zaraza astrachańska była zarazą dymienicową, i że Wietlanka nietylko była ogniskiem choroby, ale jedynem miejscem, w którém panowała epidemicznie. W prawdzie tu i owdzie zdarzały się przypadki choroby i śmierci, ale przypadki te były odosobnione, a co najwięcéj powtarzały się w pewnych domach, a związek między niemi a epidemiją w Wietlance istniał zawsze. O cechach choroby trudno było zasięgnąć wiadomości od ludzi fachowych, ponieważ lekarze, którzy byli czynni podczas epidemii w Wietlance wymarli, nie pozostawiwszy żadnych notatek. Śmiertelność w Wietlance saméj, o ile się to z rejestrów śmierci sprawdzić dało, wynosiła 80%, przypadki zaś odosobnione wszystkie zakończyły się śmiercią.

* **Wiedeń** Komisyja budżetowa Rady państwa uchwaliła w d. 22 kwietnia wniesiony przez p. ministra spraw wewn. kredyt dodatkowy w kwocie 2940 zła. na utworzenie dwóch nowych posad weterynarzy powiatowych w Galicyi.

\+ Delabost *(Un moyen mnemotechnique, qui permet de ne pas oublier la longueur du foetus. Journ. de Médecine. Tome XLIX pag. 566. 1878.)* podaje następujący sposób spamiętania sobie długości płodu. Oto w pierwszych sześciu miesiącach bierze się odpowiedni miesiąc do kwadratu, w siódmym dodaje się liczbę 4, a w ósmym i dziewiątym liczbę 5. A zatem:

w 1 miesiącu jest płód	1^2	=	1	ctm. długi
„ 2 „ „ „	2^2	=	4	„ „
„ 3 „ „ „	3^2	=	9	„ „
„ 4 „ „ „	4^2	=	16	„ „
„ 5 „ „ „	5^2	=	25	„ „
„ 6 „ „ „	6^2	=	36	„ „
„ 7 „ „ „	36 + 4	=	40	„ „
„ 8 „ „ „	40 + 5	=	45	„ „
„ 9 „ „ „	45 + 5	=	50	„ „

Naturalnie liczby te są średnio tylko brane, lecz zupełnie odpowiednie. *(Union médicale de Rouen. Journal de médicine de Bordeaux.)* *Św.*

Statystyka epidemij. Ospa nie okazała w Londynie żadnéj zmiany. Umarło 13, leczy się w szpitalach 244. Zachorowało świeżo 4. W Wiedniu i Budapeszcie umarło (13) nieco więcéj, w Pradze (3) tyle co i w zesz. tyg., w Paryżu (24) i w Petersburgu (27), nieco więcéj, w Genewie (3), w Barcelonie (2), w Lisbonie (1). W miastach indyjskich pojawia się ospa groźniéj od końca lutego. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 6. w Londynie 3. w Budapeszcie, Pradze, Odesie i Aleksandryi po 1. *(V. d. k. d. G. amtes).*

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 16 (od 13 do 19 kwietnia) umarło w Krakowie 32 osób; 18 męż. i 14 kob.; 19 osób w obwodach i 13 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 wynosiła 29.5: w Poznaniu 39,5; w Wiedniu 34,2; w Pradze 37,2; w Berlinie 27,5; w Wrocławiu 31,4; w Monachijum 31,4; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 19,3; w Genewie 31.4; w Bazylei 36,2; w Paryżu 29,4; w Londynie 25,3; w Chrystyjanii 14,7; w Odesie 32,5; w Bukareszcie 36,4. Z chorób zakaźnych umarły w tymże czasie w Krakowie 4 osoby: 2 z dławca, 1 z duru brzusznego, 1 z róży. Doniesiono w 17 tygodniu o 1 przyp. duru osutkowego (od Hanzlika z Kleparza) i o 1 duru brzusznego (z ul. Karmelickiéj). *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**. dn. 1 maja. N. Pan zamianował docenta prywatnego Dra Stanisława Domańskiego nadzwyczajnym profesorem szczegółowéj patologii i terapii chorób nerwowych w Uniw. Jagiellońskim.

* Dziś rano przybył do Krakowa protomedyk Dr. Biesiadecki, a jutro wieczór na posiedzeniu nadzwyczajném Tow. lekarskiego krak. będzie miał wykład o dżumie w gubernii astrachańskiej.

* W Kołobrzegu (Colberg) ordynować będą tego roku DDr. Kiedrowski i Koszutski.

* **Niemcy**. W sprawie przypuszczenia uczniów, którzy ukończyli szkoły realne, na wykłady lekarskie, minister pruski Falk zasięgnął był opinii towarzystw lekarskich niemieckich. Otóż na 163 towarzystw 157 oświadczyły się przeciw przypuszczeniu.

* **Paryż**. Dr. Delasiauve, lekarz oddziału dla epileptyków i idyjotów w Salpêtrière, po 36-letniéj gorliwéj służbie przeniesiony został w stan spoczynku. Delasiauve nie przyjmował nigdy odznaczeń rządowych, a teraz prosił tylko o jednę łaskę, aby mu wolno było nadal kierować w oddziale wychowaniem młodych idyjotek. Następcą jego mianowany został Dr. Legrand du Saulle, dotychczasowy lekarz w Bicêtre. *(Progrès méd.)*

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. nadzw. w Królewcu Hippel mianowany został prof. zw. oftalmologii w Giessen, a docent pryw. Dr. Kroenlein prof. nadzw.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Galusiński, członek koresp. naszego Towarzystwa lek., przeniósł się od 1 maja z Otyni do Stanisławowa.

Dnia 24 kwietnia rb. uzyskał na Uniw. Jag. p. Michał Śliwiński z Krakowa stopień doktora w. nauk lek.

* **Nekrologija**. W Tulonie umarł temi dniami znany prof. terapii lekarskiéj w Paryżu Dr. Adolf Gubler licząc lat 57. D. 23 kwietnia umarł w Londynie znakomity lekarz i autor licznych dzieł Karol Murchison. Miał on wadę sercową, ale śmierć jego mimo to była niespodzianką dla przyjaciół i kolegów; umarł on téż nagle podczas godziny ordynacyjnéj, tak że gdy po wyjściu jednego chorego służący wpuszczał drugiego, zastał pana swego już nie żyjącego.

Wspomnienie pośmiertne. D. 30 kwietnia rb. nie liczny orszak kolegów, przyjaciół i znajomych, odprowadził na miejsce wiecznego spoczynku, zwłoki śp. Dra Józefa Fałęckiego, niegdyś jednego z najzdolniejszych uczniów wydziału lekarskiego w Uniw. Jagiell. za czasów prof. Dietla.

Śp. Józef urodził się d. 2 marca 1829 r. we wsi Sanoczku, w pobliżu miasta Sanoka w Galicyi położonéj, z Ojca Wincentego i matki Maryi z Hanowskich. Po ukończeniu nauk szkolnych w r. 1848, jako słuchacz filozofii w Uniw. lwowskim, brał udział czynny w ówczesnych ruchach, następnie odbywszy kampaniję węgierską, został oddanym do wojska austryjackiego. Uzyskawszy urlop na czas nieograniczony, w r. 1851 zapisał się na wydział lekarski w U. J. K., który ukończywszy, po złożeniu egzaminów ścisłych, w d. 5 lipca 1857 otrzymał stopień doktora medycyny. Jako jeden z najzdolniejszych i ulubionych uczniów prof. Dietla wkrótce został adjunktem kliniki lekarskiéj, i obowiązki te pełnił przez lat cztery, w ostatnich czasach zastępując w wykładach prof. Dietla, gdy tenże jako poseł na sejm krajowy zmuszonym był wydalać się do Lwowa. Porę letnią począwszy od r. 1859 przepędzał corocznie w Krynicy jako lekarz ordynujący, gdzie troskliwością o powierzających się jego opiece chorych pozyskał rozległą praktykę. Uważając, że dla osób niedokrewnych, jakie przeważnie przybywają do Krynicy, zwłaszcza młodszych, wskazanemi są ćwiczenia gimnastyczne, zajął się zaprowadzeniem tychże, urządziwszy zakład zaopatrzony we wszelkie potrzebne przyrządy. Dla ułatwienia ćwiczeń w r. 1863 wydał rozprawę pt. O gimnastyce higijenicznéj i lekarskiéj, Warszawa 8vo str. 44, poprzednio zamieszczoną w XLIX tomie Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego str. 257—298.

Porę zimową zwykle przepędzał w Krakowie, gdzie zajmował się praktyką lekarską i pracami naukowemi. Podczas nieszczęśliwych wydarzeń r. 1863go jako lekarz niósł pomoc rannym na polu walki.

Zmarły był jednym z założycieli Towarzystwa lek. krak. i łącznie z Drem Aleksandrem Kremerem oraz kreślącym niniejsze wspomnienie należał do Komisyi, która ułożyła pierwszą ustawę Towarzystwa. D. 10 listopada 1866 został wybrany członkiem b. Towarzystwa naukowego krak. W czynnościach Towarzystwa lekarskiego późniéj nie brał czynnego udziału, za to od chwili założenia Przeglądu Lekarskiego w r. 1862 aż do r. 1868 był jednym z najgorliwszych współpracowników tego pisma, zamieszczając w niém liczne swe prace. Tu należą: Wiadomości z kliniki lekarskiéj prof. Dietla. O moczeniu cukrowém (1862, Nr. 27—31). Zapalenie płuc obustronne (1863, Nr. 1—3). Wędrująca śledziona (1863, Nr. 13) i inne. Wyjątki z notatek klinicznych (1867, Nr. 9—10). Wykaz statystyczny chorób w klinice lekarskiéj od r. 1851 leczonych, obszerna praca zamieszczona w kilkudziesięciu Nrach Przegl. Lek. z lat 1863—1866. Odpowiedź na uwagi Dra Gilewskiego do notat klinicznych (1867, Nr. 18, 19). W r. 1865 przetłumaczył na język polski: Prof. Dietla wykład kliniczny o cholerze miany w r. 1854, który, zamieszczony w Przegl. Lek., następnie wyszedł w osobnéj odbitce w Krakowie 1865 8vo str. 78.

Postępowaniem zacném, prawém, otwartém zjednywał sobie serca wszystkich; prawdziwy przyjaciel młodzieży uczącéj się, w r. 1868 wydawszy cenne dziełko Szkic semiotyki uroskopijnéj. Kraków, 8vo str. IV. i 180, cały dochód przeznaczył dla niezamożnych uczniów Wszechnicy Jagiell.

W r. 1868 opuścił Kraków i Krynicę, przenosząc się do Królestwa; od tego też czasu przestał pracować na niwie naukowéj. Ostatnią jego pracą prócz namienionego dziełka są Wyciągi z pism lekarskich zagranicznych zamieszczane w Przegl. Lek. z lat 1867 i 1868. W r. 1873 zapadł ciężko na zdrowiu. Choroba części środkowych układu nerwowego wywołała częściowe porażenie, kilkoletnie leczenie polepszyło nieco wprawdzie stan jego, lecz już dawnego zdrowia wrócić nie zdołało; postarzawszy się nad wiek pozostał już bezczynnym. W jesieni 1877 r. zawarł związek małżeński z Maryją Sierakowską, która poświęciwszy się dla biednego kaleki, była jego aniołem opiekuńczym aż do śmierci, która nastąpiła w d. 28 kwietnia rb.

Te kilka słów wspomnienia składam na świeżą mogiłę dawnego kolegi uniwersyteckiego, który nieszczęśliwym zbiegiem okoliczności nie zajął w społeczeństwie tego stanowiska, które ze względu na swe zdolności i przymioty zająć był powinien. Pokój jego popiołom, a cześć pamięci zacnego człowieka.

Dr. W. Ściborowski.

* **Konkurs**. Namiestnictwo galicyjskie rozpisuje konkurs do d. 15 bm. na posadę lekarza powiatowego 2iéj kl., a względnie asystenta sanitarnego.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 17: Mendelssohna: Spostrzeżenia lekarskie w Algieryi (c. d.); Zieleniewskiego: O ruchu i rozwoju Krynicy (c d.); w *Medycynie* Nr. 17: Gajkiewicza: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.); Talki: Badanie nieczułości na barwy u służby dróg żelaznych (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. E H KISCH: Marienbad in der Cursaison 1878, nebst einigen Bemerkurgen über Hypochondrie. Prag. 1879, in 8vo, str. 10.

Sprawozdanie z posiedzeń Komisyi balneologicznéj Tow. lek. krak. w r. 1878. Kraków 1879, in 8vo, str. 37.

Dr. LÖSCHNER: Der Curort Giesshübl.- Puchstein in Böhmen. 9te Aufl. Karlsbad 1879, in 8vo, str. 85.

Dr. M. D. WASOWICZ: Kilka uwag o opisaniu kwasu bedźwinowego, umieszczoném w dodatku do rakuskiego lekospisu (Odb. z Nru 8 Czasopisma Aptek. 1879) in 8vo, str. 4.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 7 maja posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) Kol. Kwaśnicki poda uwagi o żółtaczce noworodków i o wyborze chwili stósownéj do podwiązania pępowiny podług najnowszych zapatrywań Dra Poraka, 2) kol. Zarewicz odczyta dokończenie swéj rozprawy o wyróżnianiu wrzodów kiłowych.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. K. w K.: Artykuł otrzymaliśmy i umieścimy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmuja:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracaja się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 10 maja 1879. № 19. Rok XVIII.

I. Sprawozdanie o przebiegu dżumy w gubernii astrachańskiéj w zimie 1878/9.

Wykład miany w d. 2 maja 1879 r. w Tow. lek. krak. przez protomedyka **Biesiadeckiego**.

(Według zapisków stenograficznych.)

C. k. Rząd, wysyłając nas do gubernii astrachańskiéj, polecił zdać sprawę w 3 kierunkach. Przedewszystkiém zażądał, abyśmy przedstawili dokładny opis choroby, która w przeciągu przeszłéj zimy w téj gubernii panowała, abyśmy oznaczyli charakter tejże choroby i o ile możności podali wynik sekcyj; daléj polecił zbadanie zarządzonych przez c. k. rząd rosyjski środków zaradczych, wreszcie abyśmy o ile możności podali, zkąd epidemija, w astrachańskiéj gub. panująca, zawleczoną została.

Przechodząc szczegółowo do odpowiedzi na to pytanie, muszę przedewszystkiém wspomnieć, że w tym dniu, w którym zostałem wezwany do przedsięwzięcia podróży do Astrachanu, tj. w dniu 23 stycznia, zdarzył się ostatni przypadek ostry choroby tam panującéj, że więc z tym dniem epidemija tamże wygasła. Wspominam o tém z téj przyczyny, że poniekąd robiono komisyi zarzut, że się nie śpieszyła na miejsce, że więc prawdopodobny wynik badań naszych nie odpowie oczekiwaniom; jednak nie nasza w tém wina. Epidemija w téj chwili, w któréj wyruszyłem ze Lwowa, już była wygasła w gubernii astrachańskiéj. Od czasu tego zdarzyły się pojedyńcze przypadki choroby, z których niektóre sam widziałem i o których zdam sprawę. Z téj przyczyny nie mogę szan. kolegom dać dokładnego obrazu choroby z własnego doświadczenia, mogę tylko podać rezultaty badań naszych, wykonane w ten sposób, że tak lekarzy, którzy tam byli, jako też tych, którzy chorobę przebyli i krewnych pozostałych po zmarłych, wypytywałem o objawy.

Jadącym z Carycyna do miejsc dotkniętych niegdyś zarazą przedstawiono jedyne sprawozdanie Dra Depnera, który podczas epidemii był wysłany do Wetlanki, głównéj siedziby choroby. Sprawozdanie to wydrukowały gazety rosyjskie dnia 21 stycznia (stylu ros.) a więc już w lutym; brzmi ono mniéj więcéj w następujący sposób:

Choroba miała się rozwinąć w Wetlance w drugiéj połowie miesiąca października i zaraz wystąpiła śród objawów obrzęku gruczołów limfatycznych, przeważnie pachwinowych, u większéj części chorych gruczoły te resorbowały się a chorzy nie umierali. Dr. Depner porównał chorobę tę z chorobą, którą spostrzegał w r. 1877 w Astrachanie i podaje, że podobny przebieg widział w 40 przypadkach w Vorposten, przedmieściu Astrachanu, a 15 we wsi sąsiedniéj. Zwracam na to uwagę Panów z téj przyczyny, że to sprawozdanie Dra Depnera wywołało u wielu mniemanie, że w Astrachanie w r. 1877 panowała dżuma, a zwracam uwagę i z téj przyczyny, że o chorobie w tém mieście panującéj późniéj jeszcze pomówię. Daléj powiada Depner, że w listopadzie po raz drugi udał się do Wetlanki, że tam choroba zmieniła swój charakter i przybrała cechę gorączki powrotnéj i przepuszczającéj, że śmiertelność znacznie się zwiększyła i dochodziła do 100%. Nie wchodził ostatecznie w to, czy to jest dżuma lub tyfus powrotny lub plamisty, nie wchodził w to, czy istniał jaki związek pomiędzy chorobą pierwotnie w październiku powstałą a późniejszą, pomiędzy tą chorobą, która wystąpiła z obrzękiem gruczołów a tą, która przebiegała bez obrzęku, podał tylko tyle, że przeciw szerzącéj się chorobie trzeba natychmiast zarządzić kwarantanę.

To było jedyne sprawozdanie, które otrzymałem; lekarze, którzy byli wysłani do Wetlanki, tj. Koch (w miesiącu październiku), Morozów i Gregoriew (w Grudniu) umarli, również sześciu felczerów, których rząd tam był wysłał. W Wetlance zastałem Dra Krasowskiego, który nam oddał niektóre notatki pozostałe po Gregoriewie i Morozowie.

Przechodząc do opisu choroby, która w gubernii astrachańskiéj panowała, chcę w ten sam sposób przedstawić ją szan. kolegom, w jaki ją badałem. Komisyja składała się z 3 członków przez rząd austr., 3 przez rząd niemiecki i 2 członków przez rząd rumuński wysłanych. Zjechała się w Cary-

cynie i w rozcelu 'działu pracy podzieliła się na 3 części. Mnie przypadło zadanie z koll. Kiemannem z Wiednia i Sommerbrodtem z Berlina zwiedzić miejsca dotknięte chorobą, położone po prawym brzegu Wołgi. Dr. Roszahegyi, Dr. Petresco i Protopopesco z Bukaresztu mieli zwiedzić miejsca położone na lewym brzegu Wołgi. Prof. Hirsch zaś ze swym asystentem Küssnerem z Hali mieli drogą stepową udać się do Astrachanu. Wszyscy mieli się później zjechać w Astrachanie i tam zdać sprawę.

Z ubolewaniem jednak muszę oświadczyć, że z wyjątkiem mojéj osoby i kolegów, którzy ze mną jechali, reszta nie trzymała się uchwały, że prof. Hirsch z asystentem we 3 dni przyjechał za mną do Wetlanki, a równocześnie z nim koledzy, którzy mieli na lewym brzegu Wołgi badać zarazę. Z téj przyczyny zachodzi brak ubolewania godny w badaniu biegu choroby panującéj na lewym brzegu Wołgi.

Po prawéj stronie Wołgi były trzy miejscowości dotknięte chorobą: i tak najbliżéj Carycyna miejscowość Staryckoj, daléj Pryszybińskoj, wreszcie Wetlanka. Oprócz tego były jeszcze przypadki wątpliwe w Kamienio-Jarze i Nikolskoj. Wszystkie te pięć miejscowości zwiedziłem i tam badania wykonywałem. W szczególności co się tyczy miejscowości Staryckoj stwierdziłem, że kobieta wiekowa, sześćdziesięcioletnia, nazwiskiem Jackowa, udała się do Wetlanki i tam długo bawiła już w miesiącu grudniu, w czasie, gdy tam epidemija silnie panowała, a wiedząc, że jéj już nie przepuszczą do sąsiednich miejscowości, jeśli powie, że była w Wetlance, zamilczała o tém; powróciła do Staryckoj i sprowadziła się do swojéj krewnéj Dymitryjowéj, gdzie się zaraz rozchorowała. Na dwie godziny przed śmiercią prosiła Dymitryjowy, która była również podeszłego wieku, aby ją obmyła ciepłą wodą. Jak już wspomniałem we dwie godziny potém umarła, nie okazując wcale obrzęku gruczołów limfatycznych, osutki lub furunkułów; skarżyła się tylko na ból głowy, wymioty, do ostatniéj chwili była zupełnie przytomną i zarządzała wszystko, co uważała za stosowne, aby po jéj śmierci było wykonaném. Po dwóch dniach zachorowała owa kobieta, która myła Jackową, Dymitryjewa, rozchorowała się więc 18 grudnia (bo Jackowa powróciła z Wetlanki 15/XII, umarła 16 t. m.) a umarła 20go. W tym samym domu mieszkała daleka jéj krewna, Irena Borysowa, kobieta sześćdziesięcioletnia, ta zachorowała na dzień przed śmiercią Dymitryjewy a umarła 23 grudnia. Po niéj synowa Dymitriewy, Anna, lat 28 licząca, zachorowała 24go, więc w dzień po śmierci poprzedniéj a umarła 26; daléj jéj dziewięcioletnia córka Aleksandra, rozchorowała się 29 grudnia a umarła 2 stycznia. Ponieważ nikt już nie chciał pielęgnować chorych, przeto sprowadzono babkę téj dziewczynki, Paraskowię Chudiakową, i zmuszono ją przemocą, aby przy choréj pozostała. Po śmierci dziecka udała się Chudiakowa do swego domu, tu zachorowała tego samego dnia, w którym pogrzebano wnuczkę, więc 2 stycznia, umarła zaś 3go. W tym samym domu zachorowała matrona Nikityna Chudiakowa siostra poprzedniéj i umarła tego samego dnia, wreszcie umarł ojciec owéj dziewięcioletniéj dziewczyny, Prokop, 5 stycznia. W ten sposób umarło 8 osób w Staryckoj po największéj części po dwudniowym okresie inkubacyjnym i po dwóch dniach choroby. Żaden z chorych nie okazywał obrzęku gruczołów limfatycznych, ani osutki, ani furunkułów.

Do Pryszybińskoj miejscowości odległéj o 9 wiorst od Wetlanki, została choroba zawleczoną w dwóch przypadkach. W pierwszym przypadku 5 grudnia, w drugim 8go. Niejaka Aryna Efremowa, kobieta młoda, rodem z Wetlanki, udała się tam w odwiedziny do rodziców. Tu w jéj obecności umarła jéj ciotka, rodzice także późniéj pomarli. Powróciwszy do Pryszybińskoj dnia 5 grudnia umarła 11go. Jak długo chorowała, nie mogę oznaczyć. Wtedy wiedziano tu już dokładnie, że choroba jest zaraźliwą i przedsięwzięto niejakie środki ostrożności. Zwłoki chowano natychmiast i nie pozwalano ich już wprowadzać wedle zwyczaju do kościoła. Nadto przed domem, gdzie się choroba pojawiła, stał policyjant, który wzbraniał wyjścia i wejścia do domu. Osobom zaś tam znajdującym się przez okno podawano wodę i żywność. Wszystkie téż osoby tam mieszkające w przeciągu kilkunastu dni wymarły. Osoby te według porządku, w jakim śmierć następowała, podaję: Aryna Efremowa, jak to już wspomniano, umarła 11 grudnia. Po niéj jéj syn Gawryl 6-letni zachorował 14go, więc w 3 dni po śmierci matki, umarł 16go. Następnie téść Aryny Efremowéj Agafon Efremow, lat 47 liczący, zachorował 14/XII równocześnie ze swym wnuczkiem, a umarł 17go. Potém jego żona, lat 40 licząca, zachorowała tego samego dnia i w kilka godzin umarła; następnie ich syn 21 letni, mąż Aryny, od 17 do 19/XII i reszta dzieci; córka Olga lat 18, Mikołaj Efremow lat 8, zachorowali 19go a umarli 21go. Potém zachorowała jeszcze Marta Efremowa i 24go umarła. Tak więc z tym dniem cały dom wymarł.

Przy téj sposobności chcę także wspomnieć o sposobie, w jaki chowano zwłoki zarażonych. Oto już w początku, gdy się epidemija ukazała, zarząd gminny najął 4 robotników, których ubrano w suknie w smole umoczone. Ci wrzucali linę do domu, gdzie zmarły leżał, a jeśli tam kto jeszcze był żywy, przywiązywał trupa do liny a grabarze go wyciągali. Kładziono go potém na wóz umyślnie do tego przygotowany i wywożono na cmentarz, wóz zaś zostawał na cmentarzu. Gdy jednak w domu nikt przy życiu nie został, wtedy grabarze zmuszeni byli wchodzić i zwłoki wynosić.

Do drugiego domu choroba również zawleczoną została z Wetlanki. W tymże domu mieszkały 3 kobiety, które prowadziły niejako życie zakonne: udawały się do chorych i odprawiały modlitwy nad nimi. Otóż powróciwszy z Wetlanki, gdzie takie nabożeństwo odprawiały, dnia 8 grudnia, wszystkie 3 dnia 12 zachorowały; a miały przywieść ze sobą również suknie, które z Turcyi pochodziły. Zwracam uwagę Panów na to, gdyż mógłby kto twierdzić, że zaraza zawleczoną została za pośrednictwem sukni, które pochodziły z miejsc dżumą dotkniętych. Jedna z nich Kaziulina czując się chorą opuściła dom Sustretowéj, drugiéj zakonnicy, i do swego domu się przeniosła. W tym domu Sustretowéj oprócz niéj była Polakowa również zakonnica, która była w Wetlance i Pelagia Krawcowa ich służąca; 12/XII zachorowały pierwsze 2; w którym dniu zachorowała służąca, powiedzieć nie umiem. 15go umarła Helena Sustretowa, 16go druga zakonnica Polakowa, trzecia umarła 18 grudnia, najpóźniéj umarła służąca. Również przed domem Sustretowéj stał policyjant, nie dozwalając nikomu wchodzić. Jednak jeden grabarz, który mieszkał w domu sąsiednim, widząc że nikt nie troszczy się o te kobiety, wszedł do ich domu, podawał chorym wodę, i pogrzebał wszystkie trzy zmarłe. Następnego dnia tj. zaraz po pogrzebie 3ciéj (18 grudnia) zachorował, a mieszkając w domu Rogowa, w jednéj izbie wspólnie z 3 innymi grabarzami, zawlókłszy chorobę do tego domu, umarł sam 19go. Po 24 godzinach zachorował jeden z jego kolegów, dwaj inni 22. Wszyscy umarli, po 3 dniach pierwszy, a we dwa dni późniéj tj. 24go dwaj inni. Matrona Kaziulina

również jedna z zakonnic, o której już wyżéj była mowa, a która się do własnego domu udała, zmarła 16 grudnia. Nikt nie chciał chować zmarłych i przełożony (gołowa) musiał się udać do sąsiednich wsi i tam za drogie pieniądze zwerbował 2 robotników, którzy ubrani w suknie smołą oblane, pochowali 2 zmarłych grabarzy, gdyż pierwszego koledzy sami pogrzebali, oraz 2 dziewczęta, które w domu Efremowa zmarły.

Podania co do objawów za życia są bardzo niedokładne; jakie były oznaki na zwłokach, również niewiadomo, gdyż zmarłych chowano w sukniach, w których skonali. Pytałem się co do oznak, czy nie widziano śladów krwi, czy chorzy nie kaszlali krwią? Na to pytanie jednak nikt nie był w stanie dać odpowiedzi.

Lekarz powiatowy z Jenotajewska, do którego wioska Pryszybińskoj należała i który w tém miejscu mieszkał, podał przy badaniu go przez prof. Eichwalda, że ostatni zmarły grabarz, którego „przez okno" widział, kaszlał krwią, że wszycy koledzy skarżyli się na ból głowy, osłabienie ogólne, byli przytomni do ostatniéj chwili, obrzęku gruczołów nikt nie spostrzegł, ani objawów skórnych.

Ażeby szan. kolegom dać mały obraz postrachu, jaki wówczas panował w całéj gub. astrachańskiéj, wspomnę tylko o wątpliwym przypadku śmierci z dżumy, który zdarzył się w Nikolskoje. 80-letnia kobieta chciała pójść z Nikolskoj do Wetlanki do swych krewnych, aby ich odwiedzić, było to 14 grudnia. O téj porze mieszkańcy utworzyli kordon naokoło Wetlanki i nie wpuszczali nikogo ani wypuszczali. Kobieta owa nie dostawszy się do miasta musiała wrócić do domu. Tu znalazła kordon utworzony przez mieszkańców, a policyjant nie chciał jéj wpuścić do własnego domu. W końcu na jéj prożby powiedział, że ją przepuści, ale ją musi oblać wodą, kazał się jéj więc rozebrać i przy 15° zimnie polał ją wodą, lecz wreszcie oświadczył, że przecież wpuścić jéj nie może i kazał się jéj udać do wsi sąsiedniéj. Staruszka udała się tam, gdzie jéj dla zaprowadzonego przez ludność samą kordonu również nie wpuszczono, a ponieważ to było już późnym wieczorem, mieszkańcy wskazali jéj chałupę, leżącą po za wsią, mówiąc, że tam może przenocować. W nocy wyszła z chałupy i pobocznemi drogami dostała się do swego domu, gdzie jéj własna córka nie chciała przyjąć, tylko ukryła ją w chlewie. W 3 dni potém osoba ta wiekowa, która cierpiała na kaszel i duszność od lat wielu, zaczęła mocniéj kaszleć, duszność się wzmogła a chora umarła w 7 dni po kąpieli, którą jéj mimo jéj woli zaaplikowano. Jest prawdopodobném, że umarła z zapalenia płuc.

Wspomniałem o tym przypadku dlatego, żeby Panom wykazać, iż mieszkańcy znając zaraźliwość choroby sami się strzegli od zawleczenia takowéj.

Ponieważ nie było żadnych znamion u wszystkich tych chorych, na podstawie których mógłbym przystąpić do rozpoznania, z braku badań ze strony lekarzy co do objawów, następnie gdy Dr. Rutkowski wspomniał mi, iż takowa przy bólu głowy bez dymienic i bez wszelkich objawów skórnych przebiegała, przyznać się muszę, że nie miałem odwagi rozpoznać choroby, dopóki nie zbadałem jéj przebiegu w Wetlance, w tém miejscu, skąd została zawleczoną do innych miejscowości.

Do Wetlanki przybyłem 3 marca i jak wspomniałem zastałem tam Dra Krasowskiego, pierwszego, który nie uległ chorobie a który przybył do Wetlanki 28 grudnia. Od tego czasu widział on 8 chorych, tj. Dra Morozowa umierającego, widział cały przebieg choroby u Dra Gregoriewa, nadto brata miłosiernego, siostry i 3 innych chorych. Tu otrzymałem notatki Drów Morozowa i Gregoriewa, z których podaję panom co następuje: Obaj ci lekarze zapisali 70 przypadków, między temi wymieniają 41, w których było zapisane rozpoznanie: „*Pneumonia crouposa*, 3 *pneumonia c. typho*, kilka przypadków *status typhosus*, kilka przypadków *intermittens*", ci wszyscy wyzdrowieli, 1 chory na kiłę także wyzdrowiał. Z 44 chorych, którzy byli zapisani jako chorzy na zapalenie płuc, wyzdrowiało według Morozowa 2, wszyscy inni mniéj więcéj po 2 lub 3 dniach choroby umierali. Śledząc za tymi chorymi dowiedziałem się, że 2 żyje i tych przesłuchano. Okazało się, że 4 chorych na 44 wyzdrowiało. Już to, jak i przebieg choroby (śmierć po 2 lub 3 dniach) okazuje, że nie ma tu mowy o zapaleniu płuc włóknikowém. Dr. Krasowski podaje w swych zapiskach, że Dr. Morozow umarł na zapalenie płuc; zapisał także, że Dr. Gregoriew, jako też siostry miłosierdzia również na zapalenie płuc zmarły, czyli jak sam mówił, na *typhus pneumonicus*. Zapisał on przebieg choroby u doktora Gregoriewa i wspomina, że ten na 3 dni przed śmiercią dostał silnego dreszczu, w kilka godzin potém kaszlu, przyczém wypluwał śluz ze żyłkami krwi, przy wzmagającym się kaszlu czuł ciężkość tłoczącą, a upadek sił nastąpił w 24 godzin po zachorowaniu, do czego przyłączyła się mała biegunka; chory umarł trzeciego dnia wieczorem. Krótko przed śmiercią małe stłumienie okazało się pod obojczykiem lewym, temperatura wzmogła się drugiego dnia do 40·7°, spadła potém na 39°, w końcu na 38°. U doktora Morozowa był Dr. Krasowski na 3 godziny przed śmiercią; powiada, że również krew ukazała się przy kaszlu, silny ból głowy i tak zwany stan tyfoidalny. Oto co panom mogę podać, jako rezultat opowiadań ze strony lekarza, który był na miejscu. Oprócz niego było czterech innych, którzy już późniéj przybyli i którzy swego zdania co do charakteru choroby nie wyjawili. Dr. Krasowski przyznawał, że to nie jest zwykłe zapalenie płuc, uważał to jako tyfus z zajęciem płuc. Dr. Krasowskiemu zawdzięczam znaczne ułatwienia w badaniu co do powstania choroby. On opowiedział mi o pierwszéj osobie, która zmarła na chorobę mającą charakter epidemiczny. Była to kobieta czterdziestoletnia, nazwiskiem Mawra Pizarewa, zamieszkała w Wetlance. Ona to 9 lub 10 października chcąc odwiedzić syna swego, który z kampanii z Azyi miał natenczas powrócić, udała się do Astrachanu parostatkiem według jednych, według drugich czółnem. Nie zastawszy tam syna widziała się z dalekim krewnym, który wcale w wojnie nie był, a był tylko dodany oficerowi jako posługacz. W 3 dni po przybyciu, więc 12go albo 13go, skarżyła się już na przedmieściu Astrachanu, że dostała obrzęku gruczołów pachowych (który jednak i późniéj skóry nie przedziurawił). Aby sobie, jak sądziła, ulżyć w chorobie, udała się na drugi dzień do kościoła, odprowadzona tam przez swego krewnego, którego przesłuchiwałem w Wetlance, i tam się według zwyczaju spowiadała. 16go wróciła do Wetlanki i po 24 godzinach nie okazując żadnych zmian chorobowych, z którychby można wnosić o bliskiéj śmierci, umarła zupełnie będąc przytomną. Praskowia Charytonowa, która ją pielęgnowała zaraz po niéj zachorowała dnia 19, okazując obrzęk gruczołów pachwinowych po prawéj stronie, ropień ten trwał przez 7 dni a po dniach 14 rozszedł się. Mąż jéj Makar Charytonów, który z nią spał w jedném łóżku, zachorował 23 a umarł 27, okazując obrzęk gruczołów pachwinowych, nie zropiałych. Po porządku zachorowało ich czworo dzieci i

tak: Iwan Charytonów 5 lat, wyzdrowiał, po lewéj stronie pachwiny miał ropień z pęknięciem skóry. Drugi Piotr, lat 16, wyzdrowiał, okazywał obrzęk gruczołów pachwinowych. Potém Alexy lat 19, zachorował 14, umarł 17. Ostatni Grygoryj Charytonów lat 3, wyzdrowiał, miał obrzęk gruczołów pachowych. Rodzina ta bardzo rozgałęziona w Wetlance dała powód do choroby w innych domach. I tak matka Makara, która mieszkała w innym domu z dwoma braćmi, umarła, potém zachorowała jéj siostra zamężna Bielowa i po dwóch dniach umarła, jak wszystkie osoby w tym domu. Daléj druga siostra Makarego Charytonowa, która była zamężna za Kolesowem, zachorowała w dni kilka podczas panowania choroby w domu Charytonów. Został tylko Iwan Kolesow. W innym domu zmarł Kamezin, który był krewnym Charytonów. Tak więc w przeciągu listopada rozwinęła się choroba w Wetlance. Przez ciąg listopada rozwinęła się choroba we wszystkich tych domach, a równocześnie ukazała się w innych, tak, że nie można śledzić dalszego rozwoju zarażenia się mieszkańców, gdyż źródeł było mniéj więcéj 7 lub 8; nie można podać, kto uczęszczał do tych chorych i w jaki sposób zakażenie nastąpiło. Późniéj, gdy wspomnę o prawdopodobnym sposobie powstania epidemii, tj. czy ona została zawleczoną lub nie, zastanowię się nad tém, czy można uważać przypadek pierwszy, który panom podałem, za niewątpliwie pierwszy, lub téż czy równocześnie byli i inni chorzy.

Nie podlega żadnéj wątpliwości, że to była pierwsza osoba, która nie wątpliwie okazała obrzęk gruczołów limfatycznych, inne, które w przeciągu kilku dni umierały, już nie okazywały obrzęku. U wszystkich tych, o których tu wspomniałem, nie spostrzeżono ani osutki, ani furunkułów na skórze. W listopadzie umarło osób 11, jednakowoż już od 2go grudnia ludność spostrzegła, że jestto choroba zaraźliwa, od 2go grudnia nie noszono już chorych do kościoła: z trudnością znachodzili się ludzie, którzy zmarłych grzebali, tak że zaczynano się tu wcale nie troszczyć o wykopanie dołów i grzebanie zwłok. Choroba wzmogła się tak, że w przeciągu pierwszych dni grudnia co raz więcéj osób zmierało: 13go zmarło 35, 14go 42, 15go 28. Od tego czasu nagle spadła liczba umarłych. 17go umarło tylko 8, 19go wprawdzie i 20go więcéj, ale po 20tym bardzo mało: po 2 i 3 osoby. Ludność urządziła jednak kordon naokoło Wetlanki, a rząd zaprowadził takowy w nocy z 19go na 20. Sposób przeprowadzenia kordonu opiszę późniéj.

Jak straszne rzeczy się tam działy w miesiącu grudniu, o tém panowie powziąść możecie wyobrażenie z faktu, że po śmierci księdza, który był ogólnie lubiany, nikt go nie chciał pochować; że własna żona musiała w zamarzłéj ziemi obok kościoła wykopać dół, że sama z młodszą siostrą księdza zwłoki nieboszczyka zawlokła do dołu, który okazał się za małym, bo nogi wystercza ły ze ziemi; że obydwie zachorowały w nocy i na drugi dzień pomarły i że nie wiedziano, jak długo zwłoki ich leżały w pomieszkaniu.

W czterdziestu dwu domach wymarli wszyscy mieszkańcy; w innych urządzono po 20tym grudniu szpital, do którego chorych przemocą znoszono. Były to codzienne fakta, że ojciec wypychał swe dziecko, które się na ból głowy skarżyło, dzieci rodziców, że jedna z chorych, która wyzdrowiała, podaje, że leżała przez 5 dni bez wszelkiéj pomocy obok zwłok i wszelkich nieczystości. Lekarza nie było żadnego, bo działo się to po śmierci Dra Kocha a przed przybyciem Drów Morozowa i Gregoriewa. (Dok. nast.)

II. Spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki lekarskiéj krakowskiéj.

Przez prof. Dra **Korczyńskiego**.

IV.

Trzy przypadki duru brzusznego zakończone śmiercią u kobiet z wrodzoną wąskością układu tętniczego. Znaczenie błednicy wrodzonéj w durze brzusznym.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Protokół sekcyi brzmi jak następuje: Zwłoki kobiety wzrostu średniego, dobrze odżywionéj, podściółka tłuszczowa miernie rozwinięta, skóra blada. Kości czaszki cienkie, blade; opona twarda miernie napięta, połyskująca, cieńka; opony miękkie cienkie, miernie nastrzykane. Miąższ mózgu przedstawia na przekroju mierną ilość punktów jakoteż prążków krwawych; istota biała i szara prawidłowego zabarwienia; spójność mózgu prawidłowa. Mięśnie tułowia i odnóg suche, ciemno-brunatne; mięśnie proste brzucha kleinowo zwyrodniałe. Płuca oba w tylnych częściach wiotkiemi błonami wrzekomemi przyrośnięte do opłucny żebrowéj. Płuco lewe przekrwione, na przekroju zalewa się dość obficie cieczą pienistą, krwawo-surowiczą. Płuco prawe w dolnych i tylnych częściach bezpowietrzne, zbite, na przekroju czerwono-brunatne, w niektórych miejscach nieco wiotsze, brunatno-szare. Przekrój płuca w tych miejscach o powierzchni ziarnistéj, z któréj da się zeskrobać ciecz lepka, mętna. Błona śluzowa oskrzeli obu płuc znacznie drzewkowato nastrzykana, zwiotczała; oskrzela wypełnione obficie śluzem gęstym. Na powierzchni obu płuc liczne miejsca ciemno zabarwione o powierzchni poniżéj poziomu płuca zapadłéj, bezpowietrzne, zbite. Serce małe, rozkurczone, przy dotyku wiotkie; mięsień sercowy badany pod drobnowidem okazuje się w miernym stopniu tłuszczowo zwyrodniały. Śródsierdzie i zastawki prawidłowe. Tętnica główna, jak niemniéj wszystkie znaczniejsze pnie tętnicze są wąskie, ściany ich cieńkie, zresztą prawidłowe. Wątroba nieco większa, torebka napięta, brzeg zaokrąglony, powierzchnia ćma z szarawym odcieniem; na przekroju zarysy zrazików niewyraźne, powierzchnia przekroju nieco żółtawa, tłuszczowo połyskująca, lekko ziarnista; spójność zmniejszona, miąższ niedokrewny. Śledziona w dwójnasób powiększona, wiotka; torebka cienka, nieco pomarszczona; na przekroju miąższ ciemnoczerwony daje się z łatwością i obficie z powierzchni zeskrobać. Nerki obie nieco większe; torebka z łatwością schodzi z powierzchni gładkiéj, przedstawiającéj drzewkowate nastrzykanie naczyń; na przekroju istota korowa nieco szersza, żółtawo zabarwiona, wystaje po nad przekrój piramid czerwono-brunatnych, powiększonych. Badanie drobnowidowe wykazuje wyraźne zmiany zapalne w miąższu nerkowym. Błona śluzowa żołądka w dnie, szczególniéj na szczytach fałdów drzewkowato nastrzykana, pokryta na całéj powierzchni gęstym śluzem, tu i owdzie znajdują się na błonie śluzowéj drobniutkie wybroczyny. Błona śluzowa jelita biodrowego znacznie przekrwiona; w dolnych częściach gruczoły odosobnione i Peyera powiększone, naciekłe; prócz tego znajdujemy tylko kilka płytkich wrzodów średnicy 1 — 4 cm., pokrytych nekrotyczną żółtawo zabarwioną warstwą; brzegi tych wrzodów cieńkie, ostre, nieregularne, dna ich sięgają aż pod otrzewnę kiszek. Gruczoły krezkowe

dolnéj części jelita znacznie powiększone, zbite, na przekroju przekrwione, nacieklé istotą szarawo-białą, w kilku miejscach rozmiękającą. Błona śluzowa jelita grubego na szczytach fałdów przekrwiona. Kał w jelicie biodrowém płynny, w dolnych częściach jelita grubego zbity. Pęcherz moczowy próżny, skurczony, błona śluzowa miernie nastrzykana. Macica mała, w stosunku do szyjki słabo rozwinięta; długość całéj macicy odpowiada tylko długości ciała macicy w stanie prawidłowym, ściany cieńkie; błona śluzowa macicy nieco różowa zawiera parę drobnych wybroczyn. Jajniki oba prawidłowéj wielkości zawierają parę blizn czarno zabarwionych; tkanina jajników przekrwiona i surowiczo nasiąkła.

Rozpoznanie pośmiertne: *Ileotyphus in stadio infiltrationis et ulcerationis, subsequente nephritide parenchymatosa acuta. Pneumonia crouposa dextra lobi inferioris et medii. Bronchitis diffusa utriusque pulmonis subsequente atelectasi multiplici. Tumores glandularum mesaraicarum acuti. Tumor lienis acutus. Steatosis hepatis acuta. Evolutio incompleta cordis, arteriarum et uteri. Degeneratio colloidea musculorum rectorum abdominis. Degeneratio adiposa cordis.*

Przypadek II. Rozalija Grochowa, lat 24 licząca, żona strażnika akcyzowego. Ojciec miał umrzeć przed 5 laty na jakąś długotrwałą chorobę piersiową. Chora aż do zamążpójścia była zdrową i tylko kiedy niekiedy pokaszliwała. Poszedłszy przed 3 laty za mąż znalazła się wśród bardzo niekorzystnych warunków: jako praczka zmuszona była ciężko pracować, odżywiała się bardzo źle, mieszkała nędznie a nadto zastąpiła zaraz w ciążę. Odtąd zaczęła coraz bardziéj podupadać na siłach, a osłabienie zwiększyło się jeszcze bardziéj po pierwszym porodzie, po którym nie tylko że chora daléj wśród niedostatku musiała pracować, ale nadto doznawała z powodu stosunków domowych częstych zmartwień. Drugi poród odbył się z początkiem września 1877 r. i miał być bardzo ciężki. W połogu nabawiła się chora zapalenia płuc, z którego to powodu przeleżawszy 6 tygodni w szpitalu św. Łazarza wyszła z początkiem listopada 1877 jeszcze mocno osłabiona. Odtąd stan choréj wśród niekorzystnych warunków higienicznych ciągle się pogorszał, a mianowicie dokuczało jéj osłabienie, duszność i kaszel, przy którym pojawiały się od czasu do czasu ślady krwi w plwocinach. Obecna choroba rozpoczęła się dnia 7 lutego 1878 r. silnemi dreszczami z następową gorączką, poczém pojawił się zaraz silny kaszel połączony z kłuciem w piersiach, bezsenność, utrata łaknienia i większe osłabienie. W dniu 12 lutego dołączyła się silna biegunka a nazajutrz (w dniu 6ym choroby) spostrzegła chora krew w stolcach, co ją głównie zniewoliło do udania się do kliniki, gdzie w dniu 13/II przyjętą została.

Badanie tego samego dnia przedsięwzięte wykazało: Kobieta wzrostu średniego, wątłéj budowy kośćca. Skóra cienka, barwy bladéj, na klatce piersiowéj barwy kredowatéj. Mięśnie dosyć wiotkie, podściółka tłuszczowa dość dobrze utrzymana. Osutka guzkowa (różyczka) dość obfita, żywo zabarwiona, w największéj liczbie na brzuchu, w mniejszéj na klatce piersiowéj tak z przodu jakoteż z tyłu, a na odnogach górnych bardzo skąpa; nadto dość liczne drobne wynaczynionki, najobfitsze na brzuchu. Końce palców pałeczkowate, na paznogciach palców wielkich obudwu rąk rowki w poprzek paznogcia ułożone, świadczące o przebyciu przed niedawnym czasem jakiejś choroby ważniejszéj, wśród któréj wzrost paznogcia był powstrzymany. (Zobacz Vogel *A. Deutsch. Arch. f. kl. Med.* VII str. 333, i Wilks *S. Lancet* I. 1. 1870). Policzek lewy więcéj zaczerwieniony niż prawy, białkówki modre, spojówki nastrzykane, wargi opierzchłe, język suchy mało obłożony. Gruczoły karkowe prawidłowe, szyja długa i cienka. Klatka piersiowa dość długa i płaska, strona prawa więcéj aniżeli lewa ruchoma. Oddech utrudniony, głośny, w liczbie 36 na minutę; podczas wdechu nasilają się mięśnie wdechowe dodatkowe. W szczycie prawym, tak z przodu jakoteż i z tyłu odgłos przytłumiony: wdech szorstki pęcherzykowy, w części pokryty rzężeniami drobnobańkowemi niedźwięcznemi i furczeniami, wydech oskrzelowy. Po stronie lewéj od połowy łopatki ku dołowi odgłos stłumiony, wdech i wydech oskrzelowy i liczne furczenia; w pasze od 6go żebra odgłos stłumiony, wdech nieoznaczony, wydech oskrzelowy i również furczenia liczne. Zresztą granice płuc prawidłowe a przysłuch w innych miejscach wykazuje wdech pęcherzykowy, wydech słyszalny i znaczną ilość furczeń, gwizdów i rzężeń nierównobańkowych, niedźwięcznych. Kłucie w boku lewym; kaszel częsty i dość męczący, plwociny rdzawe, dość płynne, tylko miernie lepkie, nie cuchnące. Uderzenia serca nie widać; w miejscu zwykłém daje się takowe wymacać jako uderzenie słabe i rozlane: rozmiary stłumienia serca prawidłowe, tony czyste. Ciepłota ranna 40.2° C., tętno 120, chybkie, wyraźnie dwubitne, dość duże lecz miękkie. Bębnica mierna, brzuch tkliwy, kilkorazowa biegunka, stolce płynne, dwuwarstwowe. Wątroba powiększona, a mianowicie stłumienie w linii sutkowéj sięga na 4 cm. poniżéj łuku żebrowego, a w linii białéj do połowy odstępu między wyrostkiem mieczykowym a pępkiem. Śledziona powiększona, tak że brzeg dolny, gruby, wymacać się daje w wysokości pępka, a stłumienie bezwzględne poczyna się na 8 żebrze. Zupełny brak łaknienia, a pragnienie zwiększone. — Mocz, który chora oddaje wraz ze stolcem, odprowadzono cewnikiem w ilości, jaka starczyła tylko do stwierdzenia, że w takowym znajduje się białka bardzo mało a chlorków zupełnie brakuje. — Chora odurzona, senna, mocno osłabiona. Mierna przeczulica na odnogach dolnych.

Dnia 14/II (ósmy dzień choroby) zanotowano: noc bezsenna i niespokojna; wymiar poprzeczny serca zbliża się do linii środkowéj mostka; przytłumienie odgłosu z przodu po stronie prawéj sięga do 3go żebra. Zresztą wszystkie objawy trwają w stopniu niezmienionym. Zalecono rano i wieczór po 1 grm. chininu a przez dzień 25 grm. koniaku w roczynie z dodatkiem żółtka.

Dnia 15/II (dziewiąty dzień choroby) stwierdzono, że po stronie lewéj w szczycie z przodu, a z tyłu od samego szczytu aż do połowy łopatki odgłos wypukowy stał się przytłumionym. Rozmiary stłumienia w szczycie po stronie prawej nie zwiększyły się. Objawy nieżytu oskrzelowego stały się znacznie wyraźniejsze, a mianowicie po stronie prawéj przeważnie słyszalne były, rzężenia nierównobańkowe, niedźwięczne, po lewéj zaś furczenia i gwizdy. Plwociny obfitsze, lepkie, obok płynnych rdzawe, nie cuchnące. Stłumienie serca przechodzi po za linię środkową mostka, uderzenie słabsze, tętno większe.

Przebieg gorączki dotychczasowy był następujący:

Godz.	8	10	12	2	4	6	8
13/II	—	40·2;	—	—	41·2;	41·3;	40·4;
14/II	40·1;	40·2;	40·2;	40·3;	40·4;	40·5;	40·0;
15/II	39·2;	40·0;	40·7;	40·6;	40·8;	40·6;	39·7.

Rozpoznano dur brzuszny z następowém zapaleniem dławcowém obu płuc i rozległym nieży-

tem oskrzelowym u osoby wątłej. Uwzględniając anamnezę pozostawiono w zawieszeniu, czy w szczycie prawym nie znajdują się dawniejsze nacieki serowate. W rozbiorze przypadków podniesiono mniejszą w ogóle odporność ustroju, a w szczególności większą z tego powodu skłonność do zarażenia się jadem durowym, dalej niezwykłość wikłania się zapalenia dławcowego płuc w tak wczesnym okresie duru, (w obecnym przypadku, chcąc polegać na podaniu chorej, przypady obudwu chorób powstały prawie równocześnie), a jako niepomyślne objawy wymieniono w rokowaniu: rychłe przystąpienie przypadków osłabienia czynności serca i pojawienie się krwotoku kiszkowego już w piątym dniu choroby. W obec niepewności co do zachowania się szczytu prawego, nie wiedziano na pewne, jak sobie tłumaczyć wybitne zboczenia ustrojowe w budowie ogólnej kośćca, klatki piersiowej, ostatnich falang i szyi, jak niemniej zboczenia w zabarwieniu skóry i białkówek, a mianowicie, czy takowe odnieść do bledniey, lub do wczesnego okresu suchót płucnych. Chorej podano dalej chinin, wino i lekki napar wymiotnicy z koniakiem, obok dyjety płynnej ale posilnej.

Dnia 16/II mimo ciepłoty rannej 40·0 a wieczornej 41·0 C. chora była swobodniejsza, wejrzenie lepsze, kaszel mniej częsty; rozmiary nacieku w płucach nie powiększyły się, a w moczu oddanym w ilości 650 cm. sz. chlorki znachodziły się w ilości znacznie większej aniżeli poprzednio. Plwociny więcej pieniste, lepkie, rdzawe, z domieszką plwocin ropiastych. Nazajutrz przy tej samej ciepłocie stwierdzono, że osutka przybladła, bębnica zmniejszyła się, śledziona mniej była powiększona, tkliwość brzucha ustąpiła, za to ilość stolców doszła do 6, a nadewszystko, że w klatce piersiowej nastały wyraźne zmiany, a mianowicie, że nad stłumieniem wątroby około linii przymostkowej i w linii pachowej pojawił się w ograniczonem miejscu odgłos stłumiono-bębenkowy. Za to odgłos wypukowy po stronie lewej nieco wyjawniał. Nazajutrz (18/II) pojawił się z tyłu u dołu po stronie prawej odgłos stłumiono-bębenkowy, a oddech tamże stał się oskrzelowym. Ruchy oddechowe mozolniejsze, na twarzy mierna sinica, tętno częste i słabe, chora więcej senna lubo nie bardziej osłabiona. Chlorków mniej, osutki ledwie ślady. Biegunka mierna, język wilgotniejszy. Ciepłota w dniu tym przebiegała jak następuje: godz. 8 rano 39·4, g. 10ta 39·8, g. 2ga 40·7, g. 4ta 39·5, g. 6ta 39·8, g. 8ma 41·0. W uwagach klinicznych podniesiono na podstawie tego przebiegu ustępowanie przypadków duru pomimo wczesnego okresu choroby (połowa drugiego tygodnia), za to rozszerzanie się stopniowe sprawy zapalnej w obudwu płucach, co przy obecności nieżytu oskrzelowego bardzo rozległego, przeważnie suchego, znacznej gorączki i osłabienia serca niepomyślnie o dalszym przebiegu choroby wróżyło.

Obraz ten choroby zmienił się już nazajutrz 19/II (dzień choroby 13ty): Ciepłota ranna obniżyła się po raz pierwszy do 38·1, liczba tętna wynosiła 100. Po stronie lewej z przodu w szczycie odgłos poprzednio stłumiony stał się stłumiono-bębenkowym, po stronie prawej z tyłu u dołu odgłos wypukowy wyjawniał, a w obudwu miejscach pojawiły się obfitsze rzężenia nierównobańkowe; nadto nasilenie oddechu oskrzelowego po stronie lewej u dołu zmniejszyło się a liczba furczeń i gwizdów na całej klatce piersiowej była mniejszą. Natomiast liczba oddechów stała się częstszą (48); w pasze lewej pojawił się odgłos stłumiono-bębenkowy; wejrzenie chorej pogorszyło się a nadewszystko plwociny stały się bardzo rdzawe z płynnemi ropnemi plwocinami zmięszane i wydawały woń nieprzyjemną do zgorzelinowej podobną. Ciepłota od południa podniosła się i doszła wieczór do 40·8 a tętno do 124.

Dnia 20/II zanotowano: osłabienie, apatyja, senność, sinica twarzy powiększyły się, rysy twarzy zaostrzone, białkówki żółtawe, oddech mozolniejszy, język suchy, stolce oddaje chora bezwiednie. Badanie przedmiotowe klatki piersiowej wydaje wynik ten sam, tylko że po stronie prawej w pasze pojawiło się tarcie opłucnowe. Plwociny więcej cuchną. Wieczór przy ciepłocie 40·0° C. obfite poty.

Dnia 21/II ciepłota niższa, stolec tylko jeden, nudności. W miejscach nacieków wyraźne rzężenia nierównobańkowe dźwięczne, a po stronie lewej w szczycie oddech amforyczny. Plwociny zgorzel płucową cechujące, obfite, na trzy warstwy dzielące się; spodnia warstwa brudno-czerwono-ropiasta z ciemniejszemi bryłkami, w których badanie drobnowidowe wykrywa masę ziarnistą rozpadową i kryształki tłuszczowe.

Dnia 22/II wielki upadek sił; po stronie lewej w dole z tyłu oddech amforyczny i rzężenia metaliczne. Dnia 24/II o godz. 11tej przed południem (w dniu 18tym choroby) chora zakończyła życie.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. O wyróżnianiu wrzodów wenerycznych części płciowych ze stanowiska klinicznego.

(Odczyt miany na posiedzeniu Tow. lek. krak.)

Przez Dra **Zarewicza**,
prymaryjusza oddz. wener. i skór.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17.)

Po zabliźnieniu się wrzodów stwardniałość utrzymuje się dalej, odznacza się barwą czerwono-brunatną i pokryta jest cienką warstewką złuszczającego się przybłonka, a w środku posiada miseczkowate zagłębienie. Przypady te, tylko stwardniałości syfilitycznej po zagojeniu się wrzodu pierwotnego właściwe, mogą również w danym razie wyjaśnić wątpliwy przypadek. Stwardniałość ustępuje ostatecznie przez wessanie.

Stwardniałość podstawy wrzodu zawdzięcza konsystencyję swoją zbitemu naciekowi komórkowemu, złożonemu w warstwie brodawkowej i we właściwej skórze, a sięgającemu nieraz aż do tkanki komórkowej podskórnej, obok znacznego zwężenia światła naczyń. Zwężenie zaś naczyń jest również wynikiem nagromadzenia się komórek w warstwie dodatkowej *(adventitia)* naczynia; ścieśnienie to światła naczyń tłumaczy nam poniekąd ową wybitną niedokrewność i suchość, a tem samem uporczywość w ustępowaniu, jaką się stwardniałość wrzodu odznacza.

Zanim postąpię dalej, chciałbym zwrócić uwagę panów na stwardniałości występujące przy ekskoryjacyjach natury niesyfilitycznej, a które wywołane zostały przez stósowanie pewnych środków lekarskich. Jeżeli ekskoryjacyja była kilkakrotnie i to w krótkich odstępach czasu niszczoną środkami żrącemi, jak np. saletranem srebra, albo jeżeli przykładano na nią mocne rozczyny przetworów rtęciowych lub siarkanu miedziowego, natenczas, osobliwie jeżeli ekskoryjacyja znachodzi się w rowku wieńcowym żołędzi, podstawa jej staje się tak złudnie podobną do stwardniałości syfilitycznej, iż często bardzo jednej od drugiej niepodobna od-

różnić. Ze stanowiska zatém praktycznego uwzględnić należy ten szczegół, i pytać się pacyjentów naszych, czy byli leczonymi i jakich środków w tym celu używali.

Następnym stałym przypadem wrzodu stwardniałego i jemu tylko właściwym jest bezbolesne obrzmienie odpowiednich gruczołów chłonnych.

W każdym przypadku poddanym naszemu orzeczeniu należy uwzględnić zachowanie się gruczołów limfatycznych pachwinowych. Jeżeli badanie okaże, że gruczoły są niezajęte, natenczas stanowczo powiedzieć można, (jeżeli zwłaszcza sprawa chorobowa dobiega końca drugiego tygodnia), że niemamy przed sobą wrzodu stwardniałego; natomiast jeżeli w tym czasie odpowiednie gruczoły chłonne będą powiększone, twarde, niebolesne, wcale z okolicznemi tkankami niezespojone, a nadto jeżeli uda nam się wyśledzić kilka w podobny sposób zajętych gruczołów, natenczas z wszelkiém prawdopodobieństwem orzec możemy, że sprawa chorobowa poddana naszemu ocenieniu jest wrzodem stwardniałym, i że pacyjent nasz po kilku tygodniach spodziewać się może objawów ogólnego zakażenia.

Jeżeli jednak niemal zawsze w przypadkach wrzodu stwardniałego napotykamy bezbolesne obrzmienia gruczołów chłonnych, to z tego nie wynika jeszcze, by zajęte gruczoły limfatyczne nie mogły uledz zapaleniu, a tém samém stać się bolesnemi. I owszem czasem wydarza się, jak to już wspomniałem, że zajęte gruczoły ulegają zapaleniu, skóra wtedy czerwienieje, zespaja się z gruczołem, chorzy uskarżają się na dokuczliwy ból, który jednak, ponieważ zapalenie ogranicza się przeważnie do tkanki okalającéj gruczoł, nie dochodzi do tego nasilenia, jak w dymienicach powstałych skutkiem szankra. Zapalenia często dają się usunąć, a wtenczas występują cechy ich, o których co tylko wspomniałem; w przeciwnym razie, po przecięciu nie rzadko zauważyć można pośród brzegów rany, albo wcale nie albo też mało co zmieniony, powiększony gruczoł limfatyczny.

W rzadkich razach zwykłym ekskoryjacyjom towarzyszyć również mogą obrzęki gruczołów, które jednak nie przedstawiają téj charakterystycznéj twardości; zazwyczaj zajętym bywa gruczoł położony w pachwinie, najbliżéj zmiany chorobowéj, który w krótkim stosunkowo czasie przy odpowiedniém leczeniu rozdziela się, albo też w rzadszych razach przechodzi w ropienie. Tego rodzaju obrzękom gruczołów podpadają zazwyczaj ludzie nędznie odżywiani, niedokrewni i tym podobni.

Gdyby przypadki tego rodzaju stały się przyczyną pewnych wątpliwości w rozpoznaniu, natenczas zechciejcie Panowie uwzględnić, że nigdy nie powinniśmy opierać rozpoznania naszego wyłącznie tylko na jednym, choćby drogocennym przypadzie chorobowym, lecz przeciwnie chcąc być ścisłymi nie możemy pogardzać innemi przypadami, dlatego też gdyby zapalenie gruczołów chłonnych towarzyszące zmianom chorobowym części płciowych nie pozwoliło nam nabrać stanowczego przekonania o przyrodzie cierpienia, uwzględnić nam należy inne również cenne przypady chorobowe, a takowe razem zebrane doprowadzą nas stanowczo do jasnego poglądu na sprawę chorobową.

Zapalenie sromu, napletka i żołędzi. Ze względu na przyczynę, w bardzo wielu przypadkach oba te cierpienia stoją w związku z poprzedniemi zmianami, tj. z ekskoryjacyjami części płciowych; jak bowiem z jednéj strony zapalenie napletka lub sromu daje powód do mniéj więcéj rozległych, płytkich lub głębokich owrzodzeń, tak z drugiéj strony każda zmiana chorobowa części płciowych, nie wykluczając zwykłych ekskoryjacyj i wrzodów wenerycznych, przy sprzyjających okolicznościach może dać powód do wywołania rozległego zapalenia w tkankach okolicznych.

Nie będę się zatrzymywał nad wyliczaniem przyczyn, skutkiem których może powstać zapalenie sromu, zanadto bowiem dobrze są one Panom znane; natomiast chciałbym nieco dłużéj zająć uwagę Panów zmianami towarzyszącemi temu cierpieniu, albowiem takowe mogą być przedmiotem dochodzenia sądowolekarskiego szczególniéj u młodszych dziewcząt.

Wcale sobie nie pochlebiam, żeby opis mój był wyczerpującym, lub że przez poznanie cech wyróżniających to cierpienie od wrzodu stwardniałego unikniecie Panowie możliwych pomyłek, albowiem objawy towarzyszące zapaleniu sromu mogą być tak rozmaite i tak łudząco podobne do wrzodów wenerycznych, iż ludzie ogromnego doświadczenia i zasobu wiedzy ulegali chwilowym pomyłkom.

Pierwszym przypadem zapowiadającym rozpoczynające się zapalenie sromu jest uczucie pieczenia, palenia obok nieznośnego swędzenia w częściach chorych, które osobę cierpiącą szczególniéj dzieci nieumiejące się hamować, zmuszają do częstych manipulacyj. Badanie okazuje, jeżeli cierpienie zawczasu spostrzeżono, mniéj lub więcéj rozległe zaczerwienienie i obrzmienie warg wstydliwych, których powierzchnia pokrytą jest licznemi drobnemi ekskoracyjami. Cały obraz chorobowy wejrzeniem swém jest nader zbliżony do przypadów wyprysku sączącego; wydzielina pokrywająca te części i zalegająca w fałdach części płciowych kobiecych jest zrazu mleczną, śluzowo-ropiastą, mocno i właściwie cuchnącą, z czasem staje się bardzo obfitą i czysto ropiastą. W tym okresie cierpienie okazuje zazwyczaj już znaczniejsze nasilenie przypadów, tak że wargi wstydliwe stają się mocno obrzęklemi i pokrywają się luźnemi mniéj lub więcéj rozległemi owrzodzeniami, bardzo już to do wrzodu stwardniałego już też do szankra podobnemi. Z powodu ciągłego ściekania mocno drażniącéj wydzieliny, sąsiednie części ciała jak wewnętrzna strona obu ud, rowki wargowo-udowe, a nierzadko pachwiny i wzgórek łonowy, czerwienieją i pokrywają się również rozległemi owrzodzeniami. Cierpienie w tym stopniu cechuje się znaczną bolesnością, oddawanie moczu jest piekącém, co szczególniéj dzieci skłania do instynktowego przetrzymywania moczu, chód jest dokuczliwy a niepokój i ogólne rozstrojenie dochodzą nieraz do wysokiego stopnia. Gruczoły sąsiednie ulegają dość często bolesnemu obrzmieniu. Wszystkie te przypady mogą wzmódz się do wysokiego stopnia i przedstawiać na pozór zatrważający obraz chorobowy, jak tego miałem dowód przed niedawnym czasem u 5-letniéj dziewczynki leczonéj na moim oddziale. W przypadku tym warga wstydliwa większa była w trójnasób powiększona, twarda, barwy sino-czerwonéj, zajęta w przeważnéj części przez jeden rozległy powierzchowny wrzód, którego brzegi znachodziły się niemal na równi z okolicznemi tkankami, powierzchnia jego pokrytą była szaro białą wypociną wcale oddalić się niedającą, pośród któréj sterczały odosobnione żywo czerwone brodawki skórne, a na wewnętrznéj stronie téj wargi postrzedz można było równocześnie dość rozległą wybroczynę miąższową. Warga wstydliwa lewa jak i okoliczne sąsiednie części zaczerwienione, pokryte były rozlicznemi nieregularnemi owrzodzeniami. Ropienie było obfite, cuchnienie nieznośne, a wybladłe dziecko przez matkę przyniesione zdradzało dotkliwe cierpienia i znaczny niepokój. Wszystkie te zmiany powstać miały z zaniedbanego pielę-

gnowania. Przebieg mimo rozległych i znacznych zmian był szybki i pomyślny.

Jeżeli owrzodzenia towarzyszące zapaleniu sromu są powierzchowne, mogą one być uważane bardzo łatwo za wrzód stwardniały, w przeciwnym razie nabierają one większego podobieństwa do szankra.

Jak na teraz zajmiemy się tylko wyróżnieniem tego cierpienia od wrzodu stwardniałego. Objawy, na które głównie wypada nam zwrócić uwagę przy wyróżnianiu obu tych cierpień są: rozległe zaczerwienienie tak sąsiednich tkanek jak i samych warg wstydliwych przy zapaleniu sromu, daléj znaczna bolesność i obfita cuchnąca wydzielina, nieregularne kształty owrzodzeń, brak w przeważnéj części przypadków stwardniałości podstawy tych owrzodzeń, a w końcu brak cechującego wrzód stwardniały obrzmienia odpowiednich gruczołów chłonnych. Nie zapominajmy jednak, że wrzód stwardniały może także dać powód (szczególniéj przy zaniedbanéj czystości) do powstania zapalenia sromu, przez co maskowanym być może przez uderzające przedewszystkiém przypady w mowie będącego cierpienia. Odszukanie pośród licznych tych owrzodzeń, owrzodzenia odznaczającego się stwardniałością podstawy, cechującą wrzód syfilityczny pierwotny, byłoby nader ważną wskazówką dyjagnostyczną, gdyby nie było bardzo utrudnioném, gdyż części dotknięte zapaleniem, mogą z powodu nacieczenia tkanek okazywać same przez się tak znaczną zbitość, iż o odszukaniu pośród nich stwardniałości syfilitycznéj i przypisaniu jéj prawdziwego znaczenia mowy być nie może.

Jedynym zatém przypadem, na którym jednak również nie zawsze polegać można, jak to zobaczymy, jest stan odpowiednich gruczołów chłonnych, z przykładu jednak, który Panom wkrótce przytoczę, wynikałoby raczéj, że tylko nieobecność zajęcia gruczołów upoważnia nas do stanowczego wykluczenia wrzodu stwardniałego, obecność zaś takowych nie powinna nas jeszcze skłaniać do rozpoznawania na pewno wrzodu syfilitycznego pierwotnego.

Przebieg zapalenia sromu jest zwykle prędki; zmiany przy zwykłéj czystości i lekkich roztworach ściągających rychłą okazują dążność do zabliźniania się.

Oto przykład, który Fournier podaje, popierający to, o czém przed chwilką wspomniałem.

„Do szpitala „Lourcine“ przyjętą została 6 letnia dziewczynka jako zgwałcona, skutkiem czego o ten czyn oskarżony mężczyzna został uwięzionym. Badanie dziewczęcia okazało co następuje: znaczne zapalenie sromu, otaczające części mocno zaczerwienione i pokryte drobnemi ekskoryjacyjami, a wreszcie na jednéj z warg wstydliwych większych, znachodziły się trzy owrzodzenia, z których jedno dochodziło do wielkości pestki moreli, inne dwa kształtu okrągłego, wielkości soczewicy; w obu pachwinach charakteryzujące wrzód stwardniały obrzmienia gruczołów limfatycznych, odosobnionych, ruchomych, zaledwo bolesnych, wielkości orzechów laskowych. Zgodnie z Drem Bergerem rozpoznał Fournier wrzody stwardniałe, na razie jednak wstrzymał się od wydania stanowczego orzeczenia. W kilku następnych dniach pod wpływem leczenia zapalenie sromu i wyprzenia ustąpiły, a odtąd przypuszczane wrzody stwardniałe oczyściły się i zagoiły w zupełności w przeciągu ośmiu dni; zmian następowych nie było żadnych mimo kilkomiesięcznéj obserwacyi.“ Zmiany zatém powstałe u wspomnianéj dziewczynki niczém innem nie były, jak tylko zwykłém zapaleniem sromu.

Przypadek powyższy poucza nas, iż jakby na przekór wszelkim zasadom i prawidłom przez naukę uznanym, znachodzą się przecież czasem zmiany chorobowe, okazujące na pozór tak wielkie podobieństwo do wrzodu stwardniałego, że odróżnienie ich od niego za pierwszém widzeniem chorego jest niemal czystém niepodobieństwem, dlatego téż zapewne spostrzeżenie powyższe nasunęło Fournierowi następujące dwie przytoczenia godne uwagi:

1) w pewnych razach zwykle obrażenia części płciowych, przyrody czysto zapalnéj, mogą przybrać do tego stopnia cechy wrzodów wenerycznych, iż z łatwością za takie mogą być uważane;

2) spostrzeżenie powyższe dowodzi, że rozpoznanie wrzodu stwardniałego ze stanowiska sądowolekarskiego nie powinno wyłącznie polegać tylko na saméj zmianie chorobowéj, którą za wrzód stwardniały uważamy, ale na kilku przypadach nawzajem się dopełniających, na całkowitym przebiegu sprawy chorobowéj, któréj początek stanowi wrzód, a dalszém jego następstwem, stanowczo dopiero potwierdzającém rozpoznanie, są objawy zakażenia ogólnego.

Dzięki otwartości Fourniera przypadek przytoczony powinien głęboko wyryć się w pamięci każdego lekarza, a szczególniéj sądowego, i pouczyć go jak skrupulatnym i ostrożnym należy być w swoich orzeczeniach sądowolekarskich.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Wnioski w sprawie zaopatrzenia m. Krakowa w wodę, przedstawione Komisyi wodociągowéj krakowskiéj rady miejskiéj przez B. Lutostańskiego. W Krakowie w drukarni Korneckiego 1879, 8vo str. 21.

Autor w dniu 6 lipca r. z. otrzymał od komisyi wodociągowéj polecenie: 1) Zbadać wszystkie zdroje, stoki, potoki, strumienie i rzeki okolicy Krakowa, w promieniu dwóch i pół mili, co do jakości i ilości wody. 2) Opracować szczegółową kartę hidrograficzną wzmiankowanéj okolicy na podstawie istniejącego materyjału i poczynić się mających badań. 3) Zbadać w okolicy Krakowa stosunki wody gruntowéj. Obecnie wywiązując się z przyjętych zobowiązań autor na wstępie zawiadamia, że składa Komisyi 1) Raport szczegółowy o przebiegu swych poszukiwań, tudzież o sposobach badania przezeń użytych. 2) Mapę hydrograficzną okolicy Krakowa, po prawym brzegu Wisły położonéj, złożoną z 8 sekcyj, według skali 1:375.000—3. Ogólne zasady zaopatrzenia miasta Krakowa w wodę. Zarys ten ma obejmować spółczesne poglądy na urządzenie wodociągów. 4) Wnioski z poszukiwań w postaci projektów do wodociągów krakowskich. 5) Załączniki, wykazy i tablice statystyczne.

Nie mając sposobności widzenia i przejrzenia wymienionych wypracowań, muszę się ograniczyć do krótkiego przeglądu tego, co w dalszym ciągu broszurki znajduję. Namienia autor, że miasto nasze potrzebuje wody na sekundę 0,1187 metra sześć., a 10259,400 na dobę, ze względu zaś na nasze stosunki i szczególne fundusze ogranicza tę ilość do 6839,600 na dobę.

W sprawozdaniu swém autor objął wszystkie możliwe sposoby zaopatrzenia w wodę naszego miasta, już to za pomocą wodociągów jednolitych, już to za pomocą mieszanych; koszta urządzenia podaje w przybliżeniu, wszelkie możliwe pro-

jekty zaopatrzenia Krakowa w wodę zestawił w tablicy obejmującéj IX wodociągów jednolitych i II wodociągi odrębne, koszta przypuszczalne urządzenia najwyższe są podane w razie sprowadzenia wody z Paczołtowic i Czatkowic 1,699,655 złr. (48 złr. za 1000 metr. sześć.) najmniejsze koszta 684,137 złr. w razie urządzenia wodociągu parowego czerpiącego wodę w dolinie Wisły między Zwierzyńcem a Przegorzałami. Z tego się okazuje że wyznaczona pierwotnie na wodociągi przez radę miejską suma 600,000 w żadnym razie nie wystarczy.

Woda źródlana i gruntowa najlepiéj czynią zadość wymaganiom pod względem jakości wody, a zatém przekładać je należy przy urządzaniu wodociągów. Sprowadzenie wody z Paczołtowic i Czatkowic zalecane przez inżyniera Junkra z Wiednia, który urządzał wodociągi wiedeńskie, uważa autor za niewłaściwe; pomijając już bardzo wysokie koszta z tego powodu, że woda ta jakkolwiek bardzo czysta, jest niesmaczną z powodu za wysokiéj ciepłoty, a nadto zdroje te nie dostarczają normalnéj dla Krakowa ilości wody. Najwięcéj przemawia za wodami obrębu Regulice, Nieporaz, Szymota, które dają dostateczną dla Krakowa ilość wody wyborowych przymiotów; daléj przechodzi inne miejsca, zkąd możnaby najłatwiéj otrzymać żądaną ilość wody gruntowéj. Ku końcowi autor usprawiedliwia, dlaczego jakkolwiek nie technik zajął się sprawą wodociągów krakowskich jako higijenista i przytacza lekarzy zagranicznych, którzy mu pod tym względem byli przykładem. Zakończa broszurę tabela podająca wyniki rozbiorów chemicznych wody z 94 miejscowości.

Cała broszura napisana jest jasno, zrozumiale; o rzeczy zaś saméj jak już namieniłem nie znając samych wypracowań orzekać nie mogę. *W. Ściborowski.*

Prof. Arlt: **Przyczynek do etyjologii zapalenia rogówki.** Sprawozdanie Dra Henryka Blumenfelda w Badenie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 18).

7) Zap. rogówki zołzowe. Zapewne żaden oględny badacz nie zaprzeczy, że zołzy należą do momentów etyjologicznych pierwotnego zapalenia rogówki. Zachodzi jednak pytanie, po czém w danym razie poznać można, że zołzy stanowią wyłączną lub przeważną przyczynę tego cierpienia. Z wejrzenia chorego lub z innych objawów ogólnych zołzowych nie możemy jeszcze wnosić, że mamy do czynienia z zapaleniem zołzowém rogówki, wszak osoba, cierpiąca zołzy także i innego rodzaju zap. rogówki dostać może. Częste atoli obserwowanie zapaleń rogówkowych, przy obecności wybitnych oznak cierpienia zołzowego a równoczesnym braku innych chorób i wpływów zewnętrznych, któreby mogły zapalenie wywołać, częste zachorowanie i drugiego oka mimo najdokładniejszéj opieki, wśród tych samych objawów i z takim samym przebiegiem, podobieństwo przypadów u różnych osób, chorych na to zapalenie, a nareszcie okoliczność, że tylko wyjątkowo nie możemy przy tego rodzaju cierpieniu rogówki wykazać jeszcze innych wybitnych objawów zołzów tub kiły, upoważnia nas do przypuszczenia pewnego stosunku przyczynowego między zapaleniem rogówki a cierpieniem ogólném. Zaćmienie rogówki przedstawia się w postaci niejednostajnych szarych obłoczków, które zlewając się nadają zamgleniu barwę białawo- lub żółtawo-szarą. Powierzchnia rogówki okazuje połysk zmniejszony i przedstawia się jakby delikatnie pokłuta, bez zagłębień i wyniosłości. W tkaninie rogówkowéj wytwarzają się naczynia, przebiegające od obwodu ku środkowi; ilość ich jest czasami skąpa, czasami zaś tak znaczna, że widzimy wyłącznie naczynia. W takim razie bóle, światłowstręt (*blepharospasmus*) i łzawienie dochodzą do wysokiego stopnia; przy wytwarzaniu się zaś małéj ilości naczyń (u osób młodszych) przypady te bywają tak nieznaczne, że chory uskarża się tylko na upośledzenie wzroku. Przebieg jest zawsze długotrwały (na tygodnie, miesiące). Sprawa zapalna rozpoczyna się od nastrzykania rzęskowego w około, lub z początku tylko w obwodzie górnym, rzadziéj dolnym rogówki. Następnie powstaje w skutek naczyń gęsto obok siebie i nad sobą ułożonych, obrzmienie brzegu rogówkowego, a po stronie rogówkowéj onego występują pojedyncze zamglenia w postaci plam lub obłoczków, które szerząc się ku środkowi rogówki stają się coraz liczniejsze i większe. W części zamglonéj rogówki okazują się wnet naczynia, czasami w tak znacznéj ilości, że rogówka wygląda zupełnie czerwona. Ustąpienie cierpienia objawia się powolném rozjaśnianiem się rogówki od obwodu ku środkowi i zanikaniem naczyń. Zap. zołzowe występuje najczęściéj u osób w czasie dojrzewania lub cokolwiek późniéj (do 25 roku). Autor zauważył często poprzedzające lub równoczesne zapalenie stawów (zwykle kolanowego), na które Förster zwrócił uwagę. Dawniéj nadano temu zapaleniu nazwę „*Keratitis amenorrhoica,*“ chcąc przeto wskazać stosunek zachodzący między tém cierpieniem a nieprawidłościami w miesiączkowaniu. Terapija: środki przeciwzołzowe (tran rybi, wody jodowe, żelazo, chinin) i odpowiednie zachowanie się dyjetetyczne. Leczenie miejscowe bywa bezskuteczne i jest tylko wskazaném w czasie rozpoczynającego się już gojenia.

8) Charłactwo zimnicze jako prawdopodobna przyczyna zapalenia rogówki. W ostatnich 12 latach obserwował autor u 8 mężczyzn wieku średniego formę przewlekłego zap. rogówki, którą uważa za prawdopodobne następstwo charłactwa zimniczego. Powłoki skórne barwy śniadéj lub zielonawo-żółtéj, wychudnienie, obrzęk śledziony, u dwóch także *anasarca*. W 3 przypadkach wystąpiło zapalenie na obu oczach (jedno po drugiém), we wszystkich zaś bez jakiejkolwiek przyczyny zewnętrznéj. Zamglenie rogówki rozlane, prawie jednostajne lub obłoczkowate, w środkowéj części wybitniejsze. Połysk rogówki jakotéż tkliwość na dotyk zmniejszone, powierzchnia niezmieniona, nastrzykanie rzęskowe nieznaczne; w rogówce wytwarzają się wnet naczynia. Wyleczenie nastąpiło po używaniu wody karlsbadzkiéj (*Mühlbrunn*), przetworów chininu i żelaza.

9) W skutek złego odżywienia znachodzimy u osesków zapalenie rogówki z ropieniem, wychodzącém z części środkowéj i prowadzącém do perforacyi lub zupełnego zniszczenia rogówki. U dzieci, złożonych ciężką chorobą gorączkową, kończącą się zwykle śmiercią (ospa, odra, płonica), widzimy czasem ropne zapalenie rogówki, okazujące daleko większe podobieństwo do zapalenia poprzednio przytoczonego, aniżeli do *Keratitis ex lagophthalmo*, tak co do punktu wyjścia (zawsze ze środka rogówki) jako téż co do przebiegu, który w tych przypadkach zawsze bywa nader szybki.

10) Wrzody rogówkowe powstają czasami w starych bliznach (*staphyloma, leukoma adhaerens*), które uległy stłuszczeniu. Autor nazywa takie wrzody ze względu na ich przyczynę ateromomatycznemi.

Nie ulega wątpliwości, że prócz przytoczonych momen-

tów etyjologicznych zapalenia rogówki, jakie autor, opierając się li tylko na własném doświadczeniu w téj rozprawce skreślił, istnieje jeszcze wiele innych, dotychczas w ogóle niezbadanych. Zdarzają się bowiem przypadki, w których z przyczyny cierpienia wcale sobie sprawy zdać nie możemy, lub tylko z większém lub mniejszém prawdopodobieństwem tę lub ową przyczynę przypuszczamy. W tych przypadkach ograniczamy się do badania istniejących zmian anatomicznych i do prawideł ogólnych anatomii patologicznéj. Należy wtedy przedewszystkiém rozróżnić, czy badane zapalenie jest ropném lub nie i porównywać takowe pod względem wystąpienia i przebiegu z innemi formami zap: rogówki, których przyczynę znamy. Ważne jest także uwzględnianie wieku, usposobienia fizycznego, zatrudnienia i sposobu życia chorego.

Brandis: **Zasady przy leczeniu kiły.** Berlin 1879 Hirschwald. str. 44.

Autor daje wskazówki, na które przy leczeniu kiły zważać wypada. Nim rozpocznie się kuracyja merkuryjuszem, należy skórę pacyjenta odpowiednio przysposobić. Najlepiéj jest zalecić pacyjentowi półgodzinną ciepłą kąpiel, a po kąpieli przystąpić dopiero do wcierania szaruchy; wcierać należy golemi rękami i to najwięcéj przez minut 20. Autor trzyma się przy wcieraniu zasad Sigmunda, tj. w pierwszym i drugim dniu wciera się szaruchę w odnogi dolne, na trzeci dzień naciera brzuch i piersi, na czwarty krzyże, na piąty ręce itd. Dawka dzienna wynosić powinna średnio u dorosłych 4 do 5 gramów, 1,5 do 2 gramów u dzieci. Drugim ważnym czynnikiem przy kuracyi jest pielęgnowanie całego ustroju pacyjenta. Przedewszystkiém radzi autor częste wdychanie czystego i świeżego powietrza, i twierdzi, że obawa chorych przed zaziębieniem więcéj zazwyczaj im szkodzi, niż pomaga, dlatego autor zaleca spacery codzienne jako bardzo korzystne. Co do dyjety, ponieważ kiła już absorbuje siły chorego, pocóż więc jeszcze siły jego niszczyć postami. Chorzy tacy powinni dobrze jeść, chociaż i tutaj pamiętać trzeba na słowa napisane na świątyni delfickiéj: μηδὲν ἄγαν. W kile, mianowicie jeżeli takowa trwa czas dłuższy, dwie nieprzyjemne zajść mogą komplikacyje, tj. wrzody w jamie ustnéj i rozwolnienie w skutek długiego używania merkuryjuszu. Wrzody tak zwane merkuryjuszowe goją się przy używaniu rozczynu saletranu srebra; na wrzody kiłowe κατ' ἐξοχήν rozczyn ten wcale nie oddziaływa, autor daje w takim razie zamiast merkuryjuszu preparata jodowe. Rozwolnienie powstaje zazwyczaj nagle przy dłuższém używaniu merkuryjuszu i połączone bywa z dość wielkiemi dolegliwościami. Brandis przepisuje wtedy oprócz makowca 20—30 gramów olejku rącznikowego twierdząc, że terapija taka jest doskonała. Niektórzy chorzy skarzą się podczas kuracyi na bezsenność, a u niektórych występują na skroni małe wrzodziki i zapalenia miejscowe; nieużywanie przez kilka dni merkuryjuszu dolegliwości te usuwa. W końcu podaje autor sposób leczenia niektórych wrzodów kiłowych; jako rzeczy po większéj części znane pomijamy ten ustęp. Podług autora Akwizgran nie tylko dla dorosłych jest zbawienny, ale i dzieciom i starcom dobre oddaje usługi. *Św.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VIII. z dnia 23go kwietnia 1879 roku.

Przewodniczący kol. Sciborowski. Obecnych członków czynnych 17. i dwaj goście.

1) Kol. Przewodniczący zawiadamia Tow. o stracie, jaką poniosło przez śmierć swego członka korespondenta Dra Maryjana Krzykowskiego, lekarza powiatowego w Łańcucie. Na wezwanie przewodniczącego obecni członkowie oddali cześć pamięci zmarłego kolegi przez powstanie.

2) Przedstawiono Dra Maksymilijana Kohna i Dra Wincentego Świątka w Krakowie na członków czynnych Towarzystwa a Dra Franciszka Gumowskiego w Dzikowie na członka korespondenta.

3) Kol. przewodniczący zawiadamia, że w dniu 8ym kwietnia wysłał w imieniu Towarzystwa telegram z powinszowaniem do prof. Dra Szokalskiego w Warszawie, który w dniu tym obchodził 25-letni jubileusz zawodowy jako lekarz naczelny w Instytucie oftalmicznym. Obecnie wraz z koll. proff. Rydlem i Blumenstokiem proponuje aby czcigodnego jubilata wybrać członkiem honorowym Towarzystwa. Wybór stósownie do ustawy Towarzystwa nastąpi na przyszłém posiedzeniu.

4) Kol. przewodniczący zawiadamia, że z powodu wystąpienia Dra Lutostańskiego z Towarzystwa, należy wybrać przewodniczącego komisyi higijenicznéj. Zważywszy jednak, że od pewnego czasu Komisyja ta żadnych albo bardzo tylko słabe znaki życia daje, wnosi aby komisyję higijeniczną połączyć z świeżo zawiązaną Komisyją sądowolekarską pod nazwą Komisyi medycyny publicznéj. Do rozpatrzenia tego przedmiotu i zdania sprawy wybrano komitet, w skład którego weszli koll. prof. Blumenstok, Buszek, Grabowski, Kralczyński i Rybczyński.

5) Na przedstawienie Komisyi sądowolekarskiéj potwierdzono wybranych na członków tejże Komisyi proff. Drów Czyrniańskiego i Zatorskiego.

6) Kol. Mars okazał olbrzymi włókniak 31 funtów ważący, wychodzący z przestworu zaotrzewnowego u kobiety zmarłéj w klinice położniczéj i odczytał odpowiednią historyję choroby wraz z uwagami epikrytycznemi. (Będzie umieszczone w Przegl. Lek.). W dyskusyi Kol. Warschauer zapytuje, czy buczenie, o którém wspominał kol. Mars, że dawało się słyszeć w ścianach brzusznych, należy uważać za jednoznaczne ze szmerem łożyskowym. Kol. Mars odpowiada, że buczenie to miało charakter tych szmerów, jakie zazwyczaj powstają w naczyniach wielkich guzów nowotworowych, właściwie szmer łożyskowy, opisany przez Kergaradeca, nie jest niczém innném.

7) Kol. prof. Korczyński odczytał rozprawę pt. „Trzy przypadki duru brzusznego, zakończone śmiertelnie u kobiet z wrodzoną wązkością układu tętniczego; oraz znaczenie blednicy w durze brzusznym“ (drukuje się właśnie w Przeglądzie Lekarskim).

W dyskusyi Kol. Warschauer wspomina, że co się tyczy zmian na paznogciach, powstających po przebyciu chorób połączonych z silniejszą gorączką, o których była wzmianka w odczycie prof. kol. Korczyńskiego, czytał niedawno w dziele Erba uwagę, że zdarzają się na paznokciach rowki pionowe; ale tylko rowki poziome można uważać jako znak przebytéj ostréj choroby zakaźnéj. Zwracając się do treści pracy kol. prof. Korczyńskiego mówca sądzi, że dawka chininu 5 gramowa musi być uważaną za wielką dawkę. Liebermeister i Immermann dają w durze do 3 grm. chininu i to nie codziennie, ale po upływie 48 godzin. Chinin jest niezaprzecznie środkiem nader cennym w durze, ale trudno przesądzać czy dziś tak powszechne podawanie chininu w durze z czasem się nie zmieni. Co się tyczy blednicy ustrojowéj i wązkości naczyń głównych, zwraca uwagę kol. Warschauer, że byłoby bardzo pożądaném, aby się o tym stanie za życia jeszcze módz przekonać. Stłuszczenie serca częstokroć przypisują znacznym upustom krwi, zdaje się jednak, że we Włoszech zdanie to nie znajduje wiary, gdyż tam dotychczas walczą przeciw chorobom zapalnym, a w szczególności przeciw zapaleniu płuc obfitemi i częstemi upustami krwi. Co się tyczy zapalenia nerek miąższowego w przebiegu duru, to kol. Warschauer nie może się

zgodzić z Bartelsem, który to powikłanie uważa za tak niesłychanie rzadkie; w dawniejszych epidemiach spotykał się z zapaleniem miąższowém nerek wcale często, również i *pyelitis* nie była rzadką. Kol. Kohn zapytuje kol. prelegenta, czy i o ile daje się słyszeć różnica w buczeniu nad żyłami i w szmerach sercowych z niedokrewności, w blednicy ustrojowéj a w blednicy nabytéj? Nadto co do macicy, która zazwyczaj u osób dotkniętych blednicą ustrojową jest bardzo małą, namienia że widział nieraz bardzo małe macice, długości 4 do 5 cm. budowy smukłéj u kobiet budowy olbrzymiéj, prawdziwych *hic mulier*, które szukały pomocy lekarskiéj w skutek niepłodności. Zapytuje kol. prelegenta, czy macice w jego przypadkach były mierzone i czy uważa, że małość macicy w blednicy ustrojowéj jest następstwem choroby, zanikiem, czy też że jest błędem ustrojowym wrodzonym? Kol. Kwaśnicki z powodu przypadku opisanego przez kol. prof. Korczyńskiego, w którym dur był powikłany z zapaleniem płuc zrazowém, wspomina o choréj 8-letniéj, leczonéj w szpitalu św. Ludwika, obecnie rekonwalescentce po przebytym durze brzusznym. Gorączka u téj choréj przechodziła od razu 40 stopni, typ jéj nie był regularny, prócz tego wykazać można było znaczne obrzmienie śledziony. W owym czasie przebywało parę osób w szpitalu dotkniętych durem powrotnym, myślano więc o téj chorobie, drobnowid nie wykazał jednak spiryli, wkrótce płuco jedno okazało napływ krwi znaczniejszy, a potém wystąpiło zapalenie płuc zrazowe; dalszy przebieg choroby okazał wszystkie znamiona duru brzusznego, w drugim tygodniu wystąpiła biegunka i bolesność w okolicy nadkątnicowéj brzucha, obrzęk śledziony się nie zmniejszał, chora przytém majaczyła choć nieznacznie. W końcu 3go tygodnia gorączka ustąpiła a wraz z nią wszelkie objawy choroby oprócz małego rzężenia w płucu. Co do stłuszczenia serca zapytuje mówca, czy należy ono przypisać małemu dowozowi tlenu, lub też zakażeniu krwi; czy należy o nie obwiniać płuco, lub też nadmierną pracę mięśnia sercowego. Następstwem stłuszczenia mięśnia sercowego w takim razie musiałoby być rozszerzenie, bo mięsień nie przedstawiałby dostatecznego oporu naciskowi krwi. Tworzenie się rowka na paznogciach miał sposobność kol. Kwaśnicki spostrzegać na sobie samym po przebyciu ciężkiego duru osutkowego. Rowek ten utworzył się nad nasadą paznogcia i posuwał się stopniowo i zwolna, w miarę jak paznogieć narastał, ku brzegowi zewnętrznemu. Kol. Warschauer chce jeszcze podnieść, jak ważną jest rzeczą badanie serca i tętna w czasie duru; właśnie obecnie ma w leczeniu chorego 50 letniego, który zachorowawszy, zanim wezwał lekarza z własnego instynktu kazał sobie przystawić pijawki do głowy i zażył balsamu Seehofera jako leku przeczyszczającego. Po kilku dniach wystąpił dur osutkowy, w 2gim tygodniu choroby gorączka znikła. Po 14 dniach kol. Warschauer zastał chorego siedzącego na łóżku, chociaż mu to był surowo wzbronił. Kazał mu się położyć a przystępując do badania uderzony został niezwykle słabemi uderzeniami serca, tętno nadzwyczaj spadło, a chory okazuje wybitne objawy zapadu *(collapsus)*. Polecono środki podniecające. Mimo to chory ten od 3ch dni ma temperaturę niższą od 36° C.

(Dokończenie nastąpi.)

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie IV z dnia 27 lutego 1879.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 14. Jako gość Dr. G. Fritsche z Warszawy.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia

1) Sekretarz odczytuje odezwę Towarzystwa lekarskiego krak., w której Prezes Tow. zawiadamia Komisyję balneologiczną, iż p. Dr. Zieleniewski zastósował się do wezwania Komitetu Tow. lek. i podpisał znane sprostowanie ustępów zawartych w broszurze „O ruchu i rozwoju Zakładu zdrojowego w Krynicy“. Sprostowanie to ogłoszono drukiem w Nrze 8 Przegl. Lek. W końcu Prezes Towarzystwa zawiadamia o wystąpieniu Dra M. Zieleniewskiego z Tow. lek. i wszystkich jego Komisyj.

2) Przewodniczący zawiadamia o przystąpieniu nowych członków do Komisyi baln.: Dra Kramarzyńskiego, Dra Mączki, Dra Murdzieńskiego i Dra Rosnera młodszego.

3) Pan Karol Trochanowski, asystent katedry chemii w Uniw. Jagiell., odczytał rozprawę pod tytułem: „Rozbiór chemiczny zdrojów lekarskich w Wysowéj“. Wyniki tego rozbioru późniéj drukiem ogłoszone zostaną.

Nad tym przedmiotem zawiązała się obszerna rozprawa, w któréj wszyscy niemal obecni członkowie głos zabierali: Przewodniczący skreślił rys typograficzno-orograficzny Wysowy i stwierdził, że miejscowość ta posiadałaby warunki dla podgórskiego zdrojowiska, gdyby nie zaniedbanie istniejącego zakładziku, oraz nader pierwotne jego urządzenie. A że rozbiór chemiczny wykazuje pewne zalety wód miejscowych, przeto Wysowa zasługuje na uwagę Komisyi balneologicznéj. Zdrojowisko to posiada trojakiego rodzaju wody lekarskie: dwie szczawy alkaliczno-żeleziste i jeden zdrój alkaliczno-solny. Prof. Korczyński zgadza się ze stanowiska klinicznego na chemiczne określenie zdrojów wysowskich przez p. Trochanowskiego i przy téj sposobności uwydatnia zasady balneoterapeutyczne, jakiemi winniśmy się kierować przy ocenianiu wód lekarskich. Wreszcie prof. Dr. Korczyński porównywa wody wysowskie z innemi wodami lekarskiemi krajowemi. W obecnych warunkach zdrojowisko Wysowa nie ma przyszłości. Zmiana dopiero właściciela mogłaby korzystnie wpłynąć na rozwój tego Zakładu. Wreszcie Przewodniczący wyraża wdzięczność p. Trochanowskiemu za obznajomienie komisyi balneologicznéj z wysowskiemi zdrojami. Dr. Ściborowski szczegółowo omawia możliwe wskazania lecznicze dla wód wysowskich, poczém Dr. Warschauer stwierdza, iż p. Trochanowski wskazał znowu nowe źródło bogactwa, z którego korzystać nie umiemy i zgadza się z przewodniczącym, że w obecnych rękach Wysowa podnieść się nie może na przynależne jéj stanowisko. Prof. Dr. Olszewski wyjaśnia stosunki ciepłoty zdrojów wysowskich a p. Trochanowski mówi jeszcze o zdroju zaniedbanym, zwanym przez mieszkańców Wysowy zdrojem siarczanym, tudzież o zdrojach w sąsiedniéj Cygiełce. Zabierał jeszcze głos Dr. Riedmüller wspominając o opisie Wysowy przez śp. prof. Skobla, tudzież o rozbiorze jakościowym śp. Aleksandrowicza, zaś Dr. Warschauer i prof. Olszewski mówili o rozbiorze chemicznym zdrojów w Cygiełce. Wreszcie Dr. Lutostański w swojem przemówieniu wykazał należyte miejsce dla szczaw wysowskich w gromadzie wód zagranicznych tego rodzaju.

4) Po ukończonéj rozprawie Dr. Skórczewski odczytał pierwszą część swéj pracy: „O kąpielach borowinowych“, która wkrótce ogłoszoną zostanie drukiem.

Sekretarz *Dr. Lutostański.*

VI. Listy z Konstantynopola.

III.

Przedewszystkiém przepraszam szan. czytelników Przegl. Lek. za tak długą przerwę w mojéj korespondencyi, zapewniając, że tylko okoliczności odemnie niezawisłe stały się przyczyną opóźnienia się moich listów.

Po trzechmiesięcznem pełnieniu służby w szpitalu Mussafir-hasta-hana przeniesiono mnie, jak to już w poprzednim liście (Przegl. Lek. Nr. 29, z r. 1878) doniosłem, do szpitala zwanego Kuleli położonego na azyjatyckiéj stronie Bosforu we wiosce tegoż samego imienia. Szpital ten składa się z dwóch wielkich budynków, jeden z nich, już dawniéj na szpital urządzony, mógł co najwięcéj pomieścić w sobie 200—250 chorych, w drugiém zabudowaniu, w którém przed wojną były koszary, można było wygodnie 1500 umieścić chorych. Pod ów czas, gdy do szpitala tego przybyłem, to jest w połowie stycznia roku zeszłego, mieściło się w nim 3500 chorych; lekarzy czynnych było 15, na każdego z nich zatém przypadało 200—250 chorych. Każdy lekarz miał sobie do pomocy dodanego jednego chirurga, (o inteligencyi których już w poprzednim liście wspomniałem), 4 pomocników czyli praktykantów chirurgicznych i 1 aptekarza. Ludzie, do

pomocy chirurgicznéj lekarzowi dodani, nie mieli najmniejszéj wprawy w najpodrzędniejszych czynnościach chirurgicznych. Szpital był przepełniony, a chorzy najgorzéj w świecie umieszczeni; obok ciężko rannego leżał chory z raną zgorzelinową, daléj chory na tyfus, a obok niego rekonwalescent; słowem, nieporządek jaki tylko w Turcyi istnieć może a przyczyny tego wytłumaczą sobie szan. koledzy, gdy sobie przypomną treść mojéj pierwszéj korespondencyi umieszczonéj w Nrze 25 Przegl. Lek. z roku zeszłego.

Lecz wyrządziłbym niesłuszność moim kolegom tureckim, gdybym twierdził, że tylko ich nieuctwo i brak wszelkiéj wiadomości o nowszych nabytkach nauki były przyczyną złego, to jest nieszczęśliwych kuracyj w szpitalach wojskowych podczas ostatniéj wojny rosyjsko-tureckiéj; główną przyczyną złego jest o p i e s z a ł o ś ć w wykonywaniu obowiązków, wynikająca może po części z braku należytéj wiedzy lekarskiéj i obojętność na wszystko co się na około tych panów dzieje, cechująca zresztą cały lud turecki. Dowody na to znajdą szan. koledzy poniżéj.

Zaraz po pierwszéj mojéj wizycie w szpitalu oświadczyłem lekarzowi naczelnemu, że pełnienie obowiązków moich napotka na rozmaite trudności i niedogodności i że życzeniem mojém jest, aby lekarz naczelny usunąć je zechciał jak najspieszniéj, mianowicie zaproponowałem: aby wewnętrznie chorych przeniesiono do drugiego mniejszego zabudowania, aby dla rannych ze zgorzeliną, w celu odosobnienia tychże, wypróżniono najmniéj cztery pokoje, aby natomiast odjęto intendentowi pokój, w którym prócz palenia nargili nic nie robi, a umieszczono go w pokoju dla lekarzy przeznaczonym, a zato lekarzy ulokowano w pokoju intendenta, w którymby i przez noc każdy z nich kolejno mógł odbywać tak zwaną inspekcyję, zniewalającą go do zostawania przez 24 godzin bez przerwy w szpitalu. Bardzo przychylnie lekarz naczelny przyjął tę moję propozycyję i zapewnił, że za kilka dni będzie wykonaną. Cierpliwie czekałem tydzień, miesiąc, sześć miesięcy! opuściłem wreszcie szpital i nie doczekałem się jéj urzeczywistnienia.

Zasób instrumentów chirurgicznych był dostateczny i dobry. Sala operacyjna, raczéj spelunka, położoną była obok wychodka; podłoga, drzwi i okna od niepamiętnych czasów nie myte, łóżko dla poddającego się operacyi, na którém leżał siennik powalany krwią zaschłą i ropą, duszna atmosfera może nigdy nieprzewietrzanego pokoju, zrobiły na mnie nadzwyczaj przykre wrażenie, tém bardziéj że na te okoliczności nikt nie zwracał uwagi, ani operator, ani obecny lekarz naczelny; i już miałem ochotę opuścić tę obrzydliwą izbę. Na noszach przyniesiono chorego, który już dziś nie pamiętam jaką miał ranę, dość że parę dni przed operacyją zgodzili się ordynatorowie szpitala na odcięcie podudzia; ja nie miałem czasu zbadać chorego, bo zaledwie nieco wolniéj zacząłem oddychać, a już rozpoczęto narkozę. Przecisnąwszy się do łóżka widziałem, że miejsce powyżéj rany, w którém amputacyja miała być wykonaną, wcale nie było oczyszczone. Kolega mój nie zważając na podudzie zawalane zaschłém błotem i ropą zabrał się do wykonania operacyi i uczynił to w sposób cechujący lekarza robiącego może po raz pierwszy tę operacyję. Drugi kolega (anglik) obok niego stojący kierował całą operacyją aż do najmniejszych jéj szczegółów; rękoczyn ten wykonano bez użycia aparatu Esmarcha. Przystąpiono wreszcie do podwiązania naczyń; kolega, o którym wspomniałem iż kierował operacyją a raczéj operującym, niedowidział, a operator nie miał ni wprawy, ni dokładnéj znajomości anatomicznéj o téj części ciała, w któréj operował, ani owéj „zimnéj krwi,“ któréj się od operatora wymaga. Pomimo, że się bez opaski Esmarcha operowało, a więc krew z tętnic mocno tryskała, podwiązaniu naczyń podudzia ci dwaj panowie jakoś podołać nie mogli. Obok stojący koledzy widząc to zakłopotanie operujących, zaopatrzyli się w pincety i teraz zaczęło się prawdziwe polowanie na tętnice; jeden za drugim cisnął się do łóżka, na którém leżał operowany, aby dokonać brawury; przez głowy, przez barki bliżéj stojących wyciągali daléj stojący ręce swe uzbrojone w haczyki i pincety krzycząc tu! tu! tryska krew! ale nie tu! obok tego miejsca! ach jakiżeś pan niezgrabny! do kroćset chory mdleje! no! teraz prędzéj! itd. Jeżeli nic innego to przynajmniéj wykrzykników w rozmaitych językach, tureckim, ormiańskim, greckim, francuskim, angielskim, nauczyłem się dnia tego przy sposobności téj operacyi; upływ krwi możecie sobie wyobrazić; wreszcie podwiązano niémi lnianemi tętnicę, a ranę zaszyto kilkoma szwami. Po skończeniu téj fatalnéj operacyi zapytałem się lekarza naczelnego, dlaczego nie użyto przyrządu Esmarcha? na co tenże odpowiedział, że przyrząd ten jest niepraktyczny, gdyż w celu podwiązania tętnic zawsze musiano zwolnić sznur elastyczny, a z tego powodu upływ krwi był ten sam, co przy użyciu turnikietu. Szan. Koledzy mogą sobie wyobrazić moje zdziwienie i niezadowolenie z téj odpowiedzi, tém bardziéj, gdy wyszła ona od człowieka stojącego na czele jednego z pierwszych szpitali wojskowych w Konstantynopolu. Przy téj sposobności zapowiedziałem, że ja wszystkie operacyje, a mianowicie amputacyje odnóg, wykonywać będę przy użyciu aparatu Esmarcha.

W parę dni późniéj musiałem na rannym z mojego oddziału wykonać amputacyję podudzia, a jakież było zdziwienie moich kolegów tureckich, gdy do podwiązania naczyń nie potrzebowałem zwalniać sznuru elastycznego; lecz mimo téj i wielu następnych moich operacyj lekarze tureccy operowali sposobem powyżéj opisanym.

Opatrunek Listra, użycie sprayu, były *terra incognita* dla tych panów; nietylko, że im metoda Listrowska zupełnie była nieznaną, lecz nawet z imienia nie znali Listra. Zdziwiło mnie to mianowicie z tego powodu, że moralny wpływ na prowadzenie szpitala wywierał lekarz europejski, syn Albionu, którego ojczyzna słynie przecież tyloma dzielnymi operatorami i w któréj Lister dotychczas żyje i pracuje. Ale kolega ów, mimo doskonałéj wprawy w wykonywaniu rękoczynów chirurgicznych, mimo niepoślednéj rutyny, zdaje się, iż przespał ostatnich lat dziesięć życia swojego, lub oddawał się przyjemniejszym zajęciom, czego zresztą dość silna *acne rosacea* na nosie domyślać się dozwalała.

Operowano dużo; w ciągu dziewięcio-miesięcznéj służby wojskowo-lekarskiéj zrobiłem 135 operacyj, ale mimo tego, prócz nabycia wprawy w wykonaniu operacyj, niczego więcéj się nie nauczyłem, gdyż złe urządzenie i przepełnienie szpitali, brak dobréj służby szpitalnéj, brak czystości, opatrunków, wreszcie co najgłówniejsze, brak dostatecznéj żywności dla chorych, były powodem jak najgorszego przebiegu ran; śród tych warunków nie można było dokładnie zdać sobie sprawy, ile położyć wypada na karb saméj operacyi, ile zaś na karb okoliczności od niéj niezawisłych. To też statystyka chirurgiczna w szpitalach wojskowych tureckich podczas ostatniéj wojny przedstawia przerażającą śmiertelność.

Statystyka w szpitalach tureckich! Jeżeliby kto sądził

że istnieje tu statystyka na prawdziwych datach oparta. Dla illustracyi dodam tylko, że kiedy razu pewnego zapytałem lekarza naczelnego mojego szpitala, czy istnieje protokół wykonanych w szpitalu operacyj, otrzymałem odpowiedź, „że na takie rzeczy niema teraz czasu".

Podobne, a nawet jeszcze gorsze stosunki, istniały we wszystkich szpitalach tureckich; one też tłumaczą powstanie zgorzeli szpitalnéj, która we wszystkich szpitalach tureckich w Konstantynopolu w przerażającym grasowała stopniu.

Powyżéj wypowiedziałem zdanie, że przepełnienie szpitala, brak dostatecznego materyjału opatrunkowego, czystości, wentylacyi, żywności, tłumaczą wystąpienie w mowie będącéj choroby, lecz nie sądzę, aby tylko tym okolicznościom jéj pojawienie się przypisać należało, gdyż w wzorowo urządzonych szpitalach Towarzystwa ku niesieniu pomocy rannym *„croix rouge"* istniała również zgorzel, chociaż nie w tak przerażającym stopniu.

Pirogów podaje, że u operowanych w jego wsi na Wołyniu, umieszczonych w chałupach chłopskich, pomimo, że nadzwyczaj rzadko opatrunek zmieniano, nigdy zgorzeli nie widział. W klinice Rosego w Zurychu widziałem rany po amputacyi uda nie zeszyte, gojące się zupełnie bez wszelkiego opatrunku, a przez czas mojego tamże dwuletniego pobytu nie widziałem zgorzeli szpitalnéj. Jeżeli natomiast zgorzelina czasami się pojawia w szpitalach najlepiéj urządzonych, przyznać się musimy do nieświadomości pierwotnéj jéj przyczyny.

(Dokończenie nastąpi.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Rozporządzeniem z d. 1 bm. Ministerstwo spraw wewn. zniosło rozporządzenia swe z d. 2, 9 i 21 lutego rb., tyczące się warunków, pod któremi podróżujący z Rosyi i Bułgaryi oraz ich efekty mogą być wpuszczani do monarchii austro-węgierskiéj. Rozporządzenie to weszło w życie z dniem ogłoszenia.

* Towarzystwo lekarskie w Frankfurcie n./M. po dłuższych naradach oświadczyło się prawie jednomyślnie za zniesieniem taksy lekarskiéj dotychczasowéj i przeciw zaprowadzeniu wszelkiéj nowéj taksy.

* Stowarzyszenie niemieckie dla higijeny publicznéj odbędzie tegoroczne posiedzenie swoje w Stutgarcie w dniach 15—17 września.

* Dr. Jollivet, lekarz w dep. Seine-et-Oise, obserwował pierwszą we Francyi epidemiję włośnicy; z 20 osób, które spożywały mięso wieprzowe, w którém później stwierdzono obecność włośni, 16 zachorowało. (*Annales d'hygiène publ. 1879, Mai*).

* Ruch ludności we Francyi w r. 1877. Małżeństw było 279,094, porodów 944.576, dzieci martwo urodzonych 44,159, przypadków śmierci 801,954. W r. 1876 natomiast było małżeństw 291,366, porodów 966,682, martwo urodzonych dzieci 44,689, przypadków śmierci 834,074. Liczba małżeństw zmniejsza się z każdym rokiem we Francyi w sposób niepokojący. Od pół wieku na 1000 mieszkańców przypadało 0·82 małżeństw, w r. 1877 tylko 0·75. Na szczęście procent śmiertelności zmniejsza się. W dziesięcioleciu przed r. 1869 wynosił on 2·30 na 100, później zeszedł do 2·20, a w r. 1877 do 2·17. (*Annales d'hygiène publ. 1879, Mai*).

* Senat i Izba poselska Stanów zjednoczonych Ameryki północnéj uchwaliły ustanowienie urzędu zdrowotnego narodowego (*national board of health*). Urząd ten składać się będzie z 7 członków, których mianuje prezydent związku na przedstawienie i ze zgodą senatu; otrzymają oni w czasie służby po 10 dolarów dziennie i zwrot wszelkich kosztów. Nadto członkami bezpłatnymi urzędu tego będą: urzędnik lekarski armii lądowéj, marynarki, służby szpitalnéj marynarskiéj i ministerstwa sprawiedliwości. Urząd zbierze się po raz pierwszy w 30 dni po uchwaleniu ustawy w Washingtonie, później zaś w témże samém lub innêm mieście na każdorazowe wezwanie swego prezesa, wybranego przez członków. Zadaniem urzędu będzie układanie wszelkich rozporządzeń, oraz przedsiębranie wszelkich ustawą wymaganych badań w Stanach zjednoczonych lub przystaniach obcych, udzielanie rad rozmaitych rządowi, przedłożenie ciałom prawodawczym na najbliższéj kadencyi projektu organizacyi spraw zdrowotnych. Na płace i wydatki urzędu wyznaczono 50,000 dolarów. (*V. d. k. d. G. A.*)

* Władze zdrowotne w Ameryce przekonały się, że w handlu zdarza się skrobia z domieszką arszeniku; jestto skrobia mająca połysk piękny; zdarzył się także przypadek otrucia bielizną, przy praniu któréj użyto takiéj skrobi Przekonano się następnie że i papier z połyskiem, a mający barwę nie tylko zieloną, ale czerwoną, niebieską i czekoladową, używany do opakowania łakoci i zabawek, również mieści w sobie arszenik.

* Szan. kolega Dr. Warschauer donosi nam, że w Chrzanowie od kilku tygodni panuje nagminnie zap. opon mózgo-rdzeniowych i że dotychczas koło 20 przypadków się zdarzyło.

Statystyka epidemij. Ospa występuje groźniéj w miejscowościach, w których panowała. W Barcelonie umarło 10, w Budapeszcie 16, w Paryżu 33, w Petersburgu 42, w Wiedniu 13. W Genewie, Odesie, Warszawie, Aleksandryi umarło po 2. W Królestwie wygasła ospa w gubernii Płockiéj; w gub. Kieleckiéj zaś umarło 11 a zapadło 69. Przypadki durzycy są rzadsze w Petersburgu, za to częściéj umierają dzieci z biegunki. (*V. d. k. d. G. A.*)

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 17 (od 20 do 26 kwietnia) umarło w Krakowie 34 osób; 17 męż. i 17 kob; 24 osób w obwodach i 10 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 31,3; we Lwowie 39,2; w Warszawie 22,5; w Poznaniu 36,2; w Wiedniu 36,2; w Berlinie 23,5; w Pradze 48,1; w Budapeszcie 45,1; w Bazylei 26,9; w Brukseli 32,8; w Paryżu 30,6; w Kopenhadze 32,1; w Chrystyjanii 15,2; w Petersburgu 53,0; w Odesie 44,8; w Monachijum 12,3; w Dreźnie 21,3. W tymże czasie umarły z chorób zakaźnych w Krakowie 3 osoby: 1 z płonicy, 1 z duru brzusznego, 1 z duru osutkowego. Doniesiono w 18 tygodniu o następujących przypadkach chorób zakaźnych: 4 duru plamistego (z Piasków, z Rynku kleparskiego L. 86, z Łęgu, z ul. Lubicz); 2 duru brzusznego (z ul. Karmelickiéj) i 2 płonicy (z ul. Garncarskiéj L. 137, z ul. Długiéj L. 25); 2 róży (z Płaszowa i ze szpitala św. Łazarza); 1 zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych nagminnego (z ul. Piekarskiéj).

J. B.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 8 maja. Zapowiedziany przez nas wykład protomedyka Biesiadeckiego odbył się w Tow. lekarskiém naszém w d. 2 bm. przy nader licznym udziale członków, oraz kolegów do Towarzystwa nie należących i uczniów medycyny. Postaraliśmy się o dokładne zapiski stenograficzne, które następnie przez wykładającego zostały przejrzane; żałujemy tylko, że brak miejsca nie dozwolił nam umieścić w niniejszym numerze wykładu w całości, tak więc drugą połowę pozostawić musieliśmy do numeru następnego. Spisania wykładu dokonali kandydaci medycyny, pp. Smolarski i Damski, i wywiązali się z zadania swego dobrze i szybko.

Na témże samém posiedzeniu nadzwyczajném wybrany został jednogłośnie członkiem honorowym Towarzystwa naszego Dr. Wiktor Szokalski w Warszawie.

* **Wiedeń** Z powodu obchodu srebrnego wesela N. Pan wyznaczył sumę 300,000 zła. z własnego majątku na 40 stypendyj po 300 zła. w złocie dla biednych uczniów uniwersytetów austro-węgierskich. Z tych 40 stypendyj przypada po 3 dla uniwersytetów krakowskiego i lwowskiego.

* Młody lekarz saski, Dr. Maksymilijan Nitze, wynalazł przyrząd, za pomocą którego oświetlają się jamy wewnętrzne, jak żołądek, pęcherz moczowy itd. do tego stopnia, że wnętrze ich dokładnie obejrzeć można. Przyrząd sam wykonał Leiter we Wiedniu, a doświadczenia robione za pomocą niego przez prof. Dittla na żywych dowiodły wielkiéj wartości tego nowego wy-

nalazku. W pęcherzu moczowym, odbytnicy i cewce moczowéj widzieć można było każdą żyłkę, każde ziarnko tam znajdujące się, a już wątpić nie można, że i oświetlenie żołądka się powiedzie. Wynalazek polega na tém, że światło do jamy badać się mającéj nie dostaje się od zewnątrz za pomocą reflektora, lecz że światło razem z przyrządem wprowadza się do saméj jamy; źródłem zaś oświetlenia jest drut platynowy, który galwanicznie rozżarza się do białości, a przez prąd wody zimnéj, na około niego ciągle krążący, zapobiega się rozgrzaniu instrumentu przez drut rozpalony. Za pomocą przyrządu optycznego umożebnia się następnie powiększenie pola widzenia, tak że np. kawał błony śluzowéj pęcherza mający 6 — 9 cm. szerokości można dokładnie objąć wzrokiem bez zmiany położenia instrumentu. Rozumie się samo przez się, że do każdego organu odmiennego potrzeba przyrządu, odpowiedniego stósunkom anatomicznym, ale podstawa główna pozostaje ta sama. *(W. med. Woch.* Nr. 18.)

* **Nekrologija**. Zmarły niedawno prof. Gubler urodził się w Metzu d. 4 kwietnia 1821 r., w r. 1849 uzyskał stopień doktora, w r. 1863 został prof. nadzw., a w r. 1868 następcą Trousseaua na katedrze farmakologii. Od listopada r. z. chorował na wrzód żołądka.

Karol Murchison, również w przeszłym tygodniu zmarły, urodził się w r. 1830 w Jamajce, uczył się w Aberdeen, w 20 roku życia już był doktorem i zasłynął jako botanik, w rok późniéj otrzymał medal złoty za rozprawę o obrzękach i mianowany został lekarzem ambasady angielskiéj w Turynie. W kilka lat późniéj widzimy go na katedrze chemii w szkole lekarskiéj w Kalkucie, a następnie w sztabie lekarskim armii operującéj w Birmie. Powróciwszy w r. 1855 do Londynu otrzymał posadę demonstratora anatomii, a niezadługo potém wykładał botanikę w szpitalu św. Maryi, wreszcie był lekarzem w Kings College Hospital. W r. 1860 przeniósł się do szpitala Middlesex, a późniéj do Fever Hospital. Po 6-letniéj służbie w tym ostatnim ogłosił wielkie dzieło swoje p. t. *„On the continued fevers of Great Britain“* (tłum. na niemieckie przez Zülzera), daléj pisał o chorobach wątroby. W r. 1870 mianowany lekarzem szpitala św. Tomasza, gdzie też wykładał patologiję i terapiję lekarską; późniéj był lekarzem przybocznym syna królowéj księcia Connaught, a w r. 1877 prezesem towarzystwa patologicznego.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

* W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 18: Mendelssohna: Spostrzeżenia lekarskie w Algieryi (dok.); w *Medycynie* Nr. 17: Gajkiewicza: O umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.); Talki: Badanie nieczułości na barwy u służby dróg żelaznych (dok.); w *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 9: Janikowskiego i Pacuły: Projekt instrukcyi dla oprawcy w m. Krakowie.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. B. w Badenie: Żałujemy, że ze sprawozdania ostatniego korzystać niemożemy, bo takowe już umieszczone zostało w Nr. 13 pisma naszego. O dalsze jednak sprawozdania bardzo prosimy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 17 maja 1879. № 20. Rok XVIII.

I. Sprawozdanie o przebiegu dżumy w gubernii astrachańskiéj w zimie 1878/9.

Wykład miany w d. 2 maja 1879 r. w Tow. lek. krak. przez protomedyka **Biesiadeckiego**

(Według zapisków stenograficznych.)

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

Rozchodzi się teraz o oznaczenie, z jaką chorobą miano do czynienia w Wetlance. Krótko wspomniałem panom, że w drugiéj połowie października niewątpliwie zdarzył się pierwszy przypadek śród obrzęku gruczołów limfatycznych pachowych czy pachwinowych, że w niektórych nastąpiło szybkie ropienie a równie szybkie gojenie się u tych, którzy wyzdrowieli, że choroba objawiała się zazwyczaj dreszczem, jednorazowemi wymiotami, pragnieniem, zatrzymaniem stolca, że wszyscy byli mniéj więcéj aż do zgonu zupełnie przytomni, że nie było osutki ani furunkułów. Również wspomniałem, że gdy choroba się daléj rozszerzyła, mianowicie, gdy po krótkim przebiegu śmierć następowała bez obrzęku gruczołów, tylko śród objawów tyfoidalnych, chorzy niektórzy po 24 godzinach, inni po 2, 3, lub 4 dniach umierali. Dodać muszę, że nie można przypuszczać, iżby Drowie Gregoriew i Morozów, których wszyscy jako zdatnych poważali, a o których wspomniałem, że nieustraszenie wchodzili do domów chorobą dotkniętych, żeby ci lekarze mylne rozpoznanie w prywatnych swych notatkach zapisali, kiedy podali, że chorzy umierali na zapalenie płuc bez objawów ze strony płuc. Jeden z chorych, który wyzdrowiał, oświadczył, iż go doktór badał, perkutował i osłuchiwał. Również muszę wierzyć Drowi Krasowskiemu, który chorych badał, który co 2 godziny notował objawy u Gregoriewa i podaje, iż ten okazywał objawy płucne. Objawy te, jako też i cały przebieg nie przemawiają wcale za zapaleniem płuc włóknikowém, ale to nie ulega wątpliwości, że po pewnym peryjodzie, gdzie były bubony, nastąpił peryód bez bubonów, i 3ci peryód, w którym chorzy umierali śród objawów choroby płucnéj, ale bez bubonów.

Rozchodzi się o to, czy istniał pewien związek choroby pomiędzy peryjodem pierwszym a drugim, tj. czy panowała w pierwszym peryjodzie i w drugim odrębna choroba. Dr. Depner zastanawiał się, czy istnieje jaki związek pomiędzy pierwszym a drugim peryjodem, lecz nie rozstrzygnąwszy tego i nie rozpoznawszy choroby polecił zarządzenie kwarantany. Otóż dla rozstrzygnięcia téj sprawy rozchodzi się o oznaczenie, czy w drugim peryjodzie, w którym śmiertelność była znaczna i z powodu postrachu ogólnego nawet najbliżsi krewni zmarłych tychże ani za życia ani po śmierci dokładnie nie oglądali i z téj przyczyny istnienia bubonów nie stwierdzili, takowe u chorych nie istniały, a przynajmniéj, czy niektórzy chorzy z tego okresu, którzy chorobę przebyli, nie okazują obrzęku gruczołów. W celu dania odpowiedzi na to ważne pytanie, starałem się być obecnym przy ogólnéj rewizyi ludności, która się odbyła według przepisu rosyjskiego przed zniesieniem kordonu.

Rewizyję mężczyzn uskutecznił prof. Eichwald, w któréj uczestniczyłem, rewizyją kobiet zaś zajęła się Drowa Bestużewa. Wszystkie jednak przypadki, które uważała za podejrzane i wszystkie niemal kobiety, które dżumę przebyły, widziałem i ja, gdyż było obowiązkiem badającéj zawezwać nas do tych osób. Otóż pokazało się, że mniéj więcéj 82 było chorych, że z tych 11 okazywało blizny po zropieniu gruczołów podpachwinowych, mniéj więcéj na dwa cale poniżéj wiązadła Pouparta, lub pachowych. U innych pozostał jeszcze obrzęk nieznaczny gruczołów, które były obrzękłe znaczniéj podczas choroby. Między tymi przeto, którzy dżumę przebyli, byli tacy, u których gruczoły obrzękłe zropiały, lub bez ropienia rozdzieliły się, byli i tacy, którzy okazywali wszystkie objawy, śród których większość chorych umierała, ale którzy nie przebyli obrzęku gruczołów. Otóż widoczna, że w 2gim

peryjodzie, tj. w tym, w którym umierali prawie wszyscy bez obrzęku gruczołów, wyzdrowiało 8 osób, które miały obrzęk. Nie podlega wątpliwości, że choroba ta jest dalszym ciągiem pierwszéj choroby i kto czytał dokładniejsze opisy epidemij dżumy w innych latach, ten wie, że najczęściéj choroba występowała w pierwszych czasach łagodnie przy tworzeniu się obrzęku gruczołów, późniéj, gdy chorzy szybko umierali (nieraz w kilku dniach lub nawet godzinach), nie było czasu do wywiązania się obrzęku, a przy końcu epidemii występowały znowu obrzęki gruczołów i śmiertelność zmniejszała się. W Wetlance zakończyła się epidemija ostremi przypadkami, w 48 godzinach śmiertelnie przebiegającemi. Przed naszém przybyciem łagodnych przypadków nie było. Jakby dla uzupełnienia braku zdarzyły się podczas naszéj obecności dwa przypadki dżumy łagodnéj. Pierwszy u 19-letniéj dziewczyny, która przed dwoma tygodniami zachorowała dostawszy dreszczu, gorączki, wymiotów, obrzmienia gruczołów szyjnych; była to niewątpliwa dżuma. Rozchodziło się tylko o to, czy mamy to uważać za groźny przypadek, z któregoby zaraza na nowo mogła się rozszerzyć, lub też tylko za lekko przebiegającą dżumę. Po przecięciu ropnia obrzęk znacznie się zmniejszył; w domu, w którym chora mieszkała wspólnie z innymi, nikt więcéj nie zachorował i z tych przyczyn podałem razem z innymi kolegami, iż przypadek ten należy uważać za niezaraźliwy. Drugi przypadek dżumy zdarzył się już po moim wyjeździe z Wetlanki; po przybyciu do kwarantany w Zamianowskaja nadszedł telegram o tym przypadku. Zachorowała dziewczyna jedenastoletnia. Na zapytanie, czy jest nadzieja, aby chora wyzdrowiała, otrzymałem odpowiedź, że przebieg jest łagodny, że chora jeszcze gorączkuje, że ropień gruczołów limfatycznych został przecięty. Dr. Kieman powrócił przeto do Wetlanki i znalazł te same objawy, co u owéj 19-letniéj dziewczyny. W drugim dniu po moim przyjeździe do Wetlanki uwiadomił mnie Dr. Krasowski, że téj saméj nocy zmarł chłopiec, że w tym samym domu choruje brat jego, a i w drugim młoda dziewczyna. Sekcyję chłopca wykonałem tego samego dnia, przy któréj znalazłem po lewéj stronie szczęki wrzód nad zropiałemi gruczołami, z których tylko resztki pozostały. Jeden gruczoł szyjny był przeistoczony w ropień wielkości orzecha włoskiego, resztki tego gruczołu ropą naciekłego znajdowały się pośród ropnia. Badanie mikroskopijne wykazało liczne ciałka ropy bez stłuszczenia lub nacieku serowatego, jak to zawsze w przypadkach ropienia gruczołów skrofulicznych napotykamy. Sekcyja wykazała daléj zapalenie włóknikowe zrazu dolnego i średniego płuca prawego, zap. zrazikowe płuca lewego i mierne ropiaste zapalenie opłucnéj obustronnéj. Chory ten zachorował przed kilkoma tygodniami, w dwa dni po śmierci matki, która umarła na obrzęk gruczołów, które zropiały; był przez dwa tygodnie zupełnie zdrów, gdy na 5 dni przed śmiercią dostał dreszczu i bólu głowy. Nie podlega wątpliwości, że chory ten przebywszy dżumę dostał zapalenia płuc i z niego umarł. Brat tego dziecka również okazywał zapalenie płuc, jak i dziewczyna, która daleko od nich mieszkała, ale u nich przebieg był łagodnym.

Z tego okazuje się, że w Wetlance w pierwszych czasach (I peryjod) zaraza przebiegała łagodnie, równocześnie z obrzękiem gruczołów limfatycznych, późniéj (II peryjod) nie było w większéj ilości przypadków obrzęknień gruczołów, tylko w tych, w których następowało wyzdrowienie, i że po ukończeniu epidemii znowu zdarzały się łagodne przypadki, w których gruczoły zawsze obrzękały. Na podstawie tego podałem dnia 6 marca w telegramie do ministerstwa, że pierwsza chora, która umarła, miała dymienice, że zachorowawszy w Astrachanie, zmarła 17 października w Wetlance. Z 25 osób w 5 domach zamieszkałych, które zachorowały po niéj, wyzdrowiało 5. Daléj oświadczyłem, że uważam tę chorobę jako dżumę i że choroba ta już wygasła. Prosiłem zarazem ministerstwa o publikowanie tego telegramu, co jednak nie nastąpiło z powodów mnie nieznanych. Prosiłem zaś o to dla tego, gdyż ja pierwszy miejscowości dżumą dotknięte, po prawéj stronie Wolgi położone, zbadałem. W 2 dni po mnie Dr. Hirsch z Eichwaldem przybyli do Wetlanki.

Tyle co do choroby po prawéj stronie Wolgi; na lewéj wystąpiła choroba również w 3 miejscowościach: w Udacznoje, w Michajłówce i Sylitrenoje. Lekarz przez rząd rosyjski do Sylitrenoje wysłany w raportach swoich podał, że choroba tam isniejąca jest „zarazą Sybirską" *(pustula maligna)*. Z członków komisyi nie udał się nikt do tych miejscowości; z téj przyczyny zachodzi brak w sprawozdaniu. Według wyżéj podanego rozpoznania musiała choroba w téj miejscowości występować śród furunkułów, podczas gdy w Wetlance i innych miejscach nie było żadnych objawów ze strony skóry; co byłoby tém ważniejszém, ile że do Sylitrenoje choroba z Wetlanki została zawleczoną. W Sylitrenoje umarło osób 20, w Michajłówce 2; syn, który własnych rodziców pogrzebał, wyzdrowiał, okazując bubony. W Udacznoje zdaje się, że troje umarło. W Wetlance umarło 375, wyzdrowiało 80, jakkolwiek jest wątpliwém, czy wszystkie te osoby chorowały na dżumę, gdyż jest prawdopodobném, iż część ich, może 20 osób, nie podlegała dżumie.

Co do drugiego pytania, tj. co do zarządzeń przeciw zarazie, sądzę że rzecz szan. kolegów może mniéj zajmie i dlatego wspomnę o niéj tylko pobieżnie. Powiedziałem, że Rząd pod koniec grudnia, z 19 na 20, ustanowił kordon naokoło Wetlanki. Było to pierwsze miejsce, które kordonem otoczono. Późniéj Rząd zarządził trojaki kordon: jeden który otaczał całą gub. astrachańską, która ma być nie o wiele mniejszą, niż cała Francyja, a składa się przeważnie ze stepów (kordon ten nazwijmy kordonem gubernijalnym); daléj drugi kordon, który otaczał wszystkie miejsca zadżumione po prawéj i lewéj stronie Wołgi, a 3ci kordon właściwy otaczający pojedyńcze miejscowości.

Co się tyczy przeprowadzenia kordonu gubernijalnego, to tyle powiem, że istniał on niewątpliwie ku północy, gdzie gub. astrachańska graniczy z saratowską, a to w tym celu, aby zabezpieczyć miasto Carycyn, gdyż z tego miejsca, które kolejami komunikuje z całą Europą, łatwo by się bardzo zaraza szerzyła. Kwarantana dla kordonu gubernijalnego znajdowała się koło Sarepty. Drugim kordonem otoczone miejscowości na mapie są oznaczone 3 barwami, a to z téj przyczyny, aby okazać jak ten kordon późniéj zmniejszano w miarę, gdy choroba ustawała. Kwarantana po prawéj stronie Wolgi dla 2go kordonu była od północy z początku w Świetlojarze, gdy zaś 42 dni minęło po ostatnim przypadku chorobowym w Nikolskoje, zmniejszono kordon, a kwarantanę przeniesiono do Wesowki, a w końcu do Graczewki. Kwarantana od południa dla tych, którzy z zakordonowanych okolic chcieli się dostać do Astrachanu, była po prawéj stronie w Zamianowskoje, a po lewéj stronie Wolgi w Petropawłosku, zaś po lewéj od północy w Batajewce. Kordon był zorganizowany w ten sposób, iż co 5 wiorst były ustawione kibitki, w których kozacy i wojsko piesze było umieszczone.

Kordon otaczający pojedyncze miejsca był podobnie przeprowadzony. Jadąc do Wetlanki musiałem na granicy kordonu się zatrzymać, dopóki z Wetlanki zarekwirowane konie nie nadeszły i zawiozły nas do wsi, z której nikt wydobyć się nie mógł aż do zniesienia kordonu, co według prawa rosyjskiego 42 dni po ostatnim przypadku nastąpić może. W Zamianie trwała kwarantana 10 dni.

Trzecie pytanie jest, czy dżuma powstała w Wetlance samoistnie, lub też została skądinąd tamże zawleczoną. Warunki, pod któremi dżuma w niektórych miejscowościach się wytwarza, są nam jeszcze mało znane. Wiemy tylko z doświadczenia, że w Egipcie, Syryi, Mezopotamii dżuma występuje i że zanim epidemija ma się wytworzyć, częste zdarzają się przypadki tyfusu, a w Kairze podczas pobytu Francuzów w Egipcie częste były przypadki bubonów, tak, że mieszkańcy spacerowali z bubonami, jak opisywał Dr. Pariset. Nie wiemy więc nawet, czy zawsze przed wytworzeniem się dżumy zdarzają się łagodne przypadki i czy one występują z dymienicami lub bez takowych. Autorowie opisują także warunki miejscowe, które mają sprzyjać rozwijaniu się dżumy. Co się tyczy Wetlanki, to jéj stosunki miejscowe nie są takie, aby się tam dżuma mogła samoistnie wytworzyć. Wszystkie miejscowości, które widziałem, są tak ładne, Wetlanka sama wsią tak piękną, że bez przesady powiedzieć mogę, iż w całéj Galicyi podobnéj wsi nie widziałem. Nie mówię już o czystości po ulicach, gdyż przed naszém przybyciem wszędzie czyszczono ulice i podwórza zagród, ale mam w myśli utrzymanie domów, które jest wzorowe. Nie jeden z tamtejszych domów mógłby być dworem szlacheckim, a najlichszy nawet jest lepszym niż zagroda najlepsza naszego chłopa. Wszystkie domy są kryte deszczkami, wszystkie izby mają podłogi drewniane, kaflowe lub kamienne, tynkowane piece. Pokój frontowy, lub nieraz dwa, nakształt sali, tapetowane, niektóre nawet elegancko, nieraz różnokolorowém obiciem. Ku podwórzu jest położona kuchnia, gdzie śpią mieszkańcy na tapczanach, na których koc stanowi jedyną pościel. W domu znajduje się zawsze lśniący, mosiężny samowar, czasem dwa nawet, filiżanki i podobne sprzęty. Zresztą naturalne położenie Wetlanki jest również korzystném. Leży ona przynajmniéj 20 stóp nad powierzchnią Wołgi, gdyż prawy brzeg jest wysoki. W ogóle nic tu nie sprzyja powstaniu dżumy; musimy więc wykluczyć samoistne jéj powstanie. Dla oznaczenia, zkąd dżuma została zawleczoną, jest najważniejszém sprawdzenie, kto pierwszy takową został dotknięty, czego jednak stanowczo skonstatować mnie się nie udało.

Przy sprawdzeniu choroby podałem panom nazwisko tylko téj choréj, Mawry Pisarewy, która niewątpliwie pierwsza umarła w skutek dżumy i od któréj zaraza się zaczęła. Zachodzi pytanie, czy przed nią zachorowali, a może i umarli inni z dżumy. W tym celu postarałem się o kościelny spis zmarłych, który sięgał do 29 listopada. W tym spisie są podani pierwsi, którzy niewątpliwie dżumie ulegli, jako zmarli w skutek zaziębienia. Dopiero w drugiéj połowie listopada znajdujemy w księdze kościelnéj rozpoznanie gorączki złośliwéj. Przed Mawrą Pisarewą zmarła tego samego dnia młoda 16-letnia dziewczyna Bucharewna, która znowu według zapisków zmarła w skutek zaziębienia. Przed nią umarł jeszcze 65-letni mężczyzna Charytonów. Rozchodzi się o to, z czego owa dziewczyna umarła. Miała ona być nie rozwiniętą, kaszlącą i cierpiącą co miesiąc na ból głowy. Rodzice jéj opowiadali, że co miesiąc 2, 3 razy leżała po 2 lub 3 dni. Podobnież zachorowała na 3 dni przed śmiercią. Ojciec i matka mniemali, że to zwykłe zasłabnięcie, gdy w tém nagle umarła. Zrazu podali, iż obrzęków gruczołowych na niéj nie spostrzegli, późniéj mieli prof. Eichwaldowi podać, iż zauważyli w jednéj paszce po śmierci czerwoną plamę, czy jednak téjże odpowiadało obrzęknięcie gruczołów, nie są w stanie podać, gdyż choréj nie obmacywali. Również nie mogę między jéj chorobą a dalszemi przypadkami dżumy żadnego związku udowodnić. W tym domu zachorował wprawdzie jeden i drugi jéj brat, jednakowoż dopiero w listopadzie jeden i drugi miał dymienice, ale było to w czasie, gdy w Wetlance w kilku już domach była podobna choroba. W innych przypadkach zarażenie następowało w 2, najdaléj w 5 dni, w tym przypadku nastąpiłoby to bardzo późno, czego przypuścić nie mogę. Co się tyczy przyczyny śmierci owego 65-letniego mężczyzny Charytonowa, to syn jego opowiadał, że ojciec na 7 dni przed śmiercią wpadł do Wołgi; dostał potém dreszczów, bólu głowy, a w szóstym, czy siódmym dniu umarł. Nie miał mieć obrzęku gruczołów, umarł zapewne w skutek zapalenia płuc; i tu nie można związku wykazać między jego śmiercią a dalszemi przypadkami choroby.

Wspomniałem dlatego o tych dwóch przypadkach, żeście panowie zapewne czytali w gazetach, że pierwszą, która umarła, była dziewczyna: któréj kozak miał przywieść chustkę, a zobaczywszy w spisie nazwisko młodéj dziewczyny, sądziłem, że to ta, o któréj gazety wspomniały. Jednak podług opowiadania matki było to dziewczę tak mało rozwinięte, iż nikt nie mógł myśleć o tém, żeby była zaręczoną i żadnéj chustki nigdy nie otrzymała.

W jednym z 2ch listów, które znaleziono między papierami zmarłego księdza Gusakowa, a który panom odczytam, znajduje się twierdzenie, w pierwszym, iż kozacy chorobę do Wetlanki zawlekli, w drugim że pierwszy, który zmarł na tę chorobę był Charytonów, a w tymże podana jest legenda, która krążyła po Wetlance o przyczynie jego choroby. List ten brzmi w przekładzie jak następuje:

„Żyjemy w okropnych czasach; stanica nasza nawiedzona została wielkiém nieszczęściem. Wprawdzie urodzaje są dobre, ale wszyscy nasi robotnicy wyszli na pole walki, zanim żniwa się skończyły. Mniejsza jednak o stratę materyjalną, ale co gorsza, że straszna choroba zabiera naszych mołojców na ziemi obcéj, a my nawet pocieszać ich niemożemy. Ale i na tém nie koniec! Z Kaukazu przewlekli do nas kozacy chorobę, która zawitawszy do rodziny zabiera wszystkich, rzadko kiedy komu przepuszczając. Prosiłem Atamana, aby nam przysłał lekarza; w istocie przysłał nam lekarza, który razem z felczerami wizytował stanicę i twierdził, że to febra, a felczerzy śmiali się. Tak jakbyśmy nie wiedzieli, co to jest febra! Ludzie zapadają śród gorączki, bólu głowy, zawrotu, wymiotów i obrzmienia pod pachami, a po 3, najpóźniéj po 4 dniach umierają. Czy to febra? I czy to nie jest grzechem naigrawać się z naszego nieszczęścia? Następnego dnia chcieliśmy prosić pana doktora, aby chorych dokładniéj zbadał, ale już jego nie było; a gdyśmy się felczerów pytali, jakie leki doktor pozostawił, odpowiedzieli śmiejąc się: damy wam chinin. Ratujcie nas tedy, wy mądrzy mieszkańcy miast większych, i powiedźcież nam, co czynić mamy."

Był to list przeznaczony widocznie do druku, ważny akt, gdyż w końcu ksiądz, który znał stosunki najdokładniéj, powiada, że kozacy przywieźli chorobę do Wetlanki.

W drugim liście, w którym pierwsza część jest odpisem

dosłownym pierwszego, opowiada w drugiej części ksiądz ową legendę:

Stary Charytonów był znany z chciwości. Wyszedł on na step i spotkał tam starca. Ten go się zapytał, czy nie chce mieć pieniędzy? Na odpowiedź: Któżby nie chciał pieniędzy? zaprowadził go w głąb stepu, tam odkopał ziemię i pokazał złoto. „Bierz ile chcesz!" Charytonów opakowawszy kieszenie złotem zapytał, co winien starcowi za to? „Nic! zapłacisz mi twojemi członkami!" i znikł. Ksiądz więc podaje, iż Charytonów pierwszy umarł na tę chorobę, a zatem _ października, co byłoby, jak później wspomnę, o 14 dni przed powrotem kozaków.

Dalej rozchodzi się o to, czy może równocześnie nie wystąpiła choroba u kilku osób, mianowicie czy kozacy, którzy powrócili z wojny do Wetlanki, nie przywieźli choroby do kilku domów równocześnie. Tak opowiada wdowa po Michale Bielowie, że jéj mąż przybył koło 14go do Wetlanki (dokładnéj daty tam kobiety szczególnie nie są w stanie podać, powiadają mniéj więcéj w ten sposób: tydzień przed lub po prażniku, tydzień przed lub po jarmarku w Jenotawsku). Otóż mąż jéj miał przywieść rzeczy, które były niegdyś własnością turecką: portmonetki, fezy i suknie. Przy oglądaniu tych rzeczy była ona i jéj bratowa obecną, téj samej nocy zachorowała i dostała obrzęku gruczołów pachwinowych. Innym razem opowiada, że w 3 dni po oglądaniu zachorowała. Pytałem się jéj, czy była chorą, podczas gdy Mawra Pizarewa umarła, tj. 17 października; na to powiada, że nie, że stała przed domem, gdy ją chowano. Ztąd wynika, iż przesłuchiwana Bielowa nie jest w stanie podać pewnéj daty swéj choroby; według ostatniéj odpowiedzi zdawałoby się, iż nie chorowała równocześnie z Mawrą Pizarewą, która 17 października umarła, lecz później; daléj jest rzeczą niewątpliwą, iż jéj mąż, jakoteż i jego brat w jednym domu zamieszkały dopiero 12 a względnie 14 grudnia umarli, że więc znowu związku między ich chorobą a cierpieniem żon ich nie było.

Na podstawie więc moich badań nie jestem w stanie udowodnić, czy przed Mawrą Pizarewą (a więc przed 17 październikiem) albo równocześnie z nią ktokolwiek był umarł z dżumy lub na takową chorował.

W celu oznaczenia, czy choroba została zawleczoną przez kozaków z wojny powracających, jest koniecznem skonstatować dzień powrotu tychże do Wetlanki.

Daty urzędowe co do powrotu ich są następujące: 2gi i 3ci pułk wojska dońskiego składa się z kozaków, którzy zamieszkują stanice gub. astrachańskiéj i saratowskiéj; 15 stanic jest w gub. astrachańskiéj, 5 w gub. saratowskiéj, i kozacy ci stanowią 2gi i 3ci pułk tak zw. wojska kozackiego. 2gi pułk przybył między 9 a 12tym okrętami do Vorposten, miejscowości położonéj na prawéj stronie Wołgi naprzeciw Astrachanu. Rewizyja tego pułku odbyła się 12go przez Dra Depnera, suknie desinfekcyjonowano lub spalono, ludzie wszyscy byli zdrowi. 3ch czy 4ch kozaków, którym w drodze konie pozdychały, udało się okrętem do Wetlanki, pułk zaś konno. Może już więc 14go było tych kilku w Wetlance, pułk przybył dopiero koło 16 października. Pułk 3ci przybył 19, 21 i 22go z Armenii do Vorposten, tych nie desinfekcyjonowano, nie dano im nowych sukni. Tutaj nawiasowo wspomnę, iż w Astrachanie pokazując mi fotografiję dowódzcy tego pułku mówiono, że tenże dżumę przywiózł, bo nie kazał desinfekcyjonować odzieży powracających i nie dał nowych sukien kozakom. 3 pułk z Vorposten wyruszył 22, a stanął 24 lub 25, a najprawdopodobniéj 26 w Wetlance. Mawra Pizarewa umarła, jak kilkakrotnie wspomniałem, 17 października, wyjechała jednak już 9, gdy stanowczo kozaków w Wetlance jeszcze nie było, więc i stanowczo trzeba przypuścić, że albo Pizarewa nie zaraziła się w Wetlance, lecz w Astrachanie lub w drodze do Astrachanu, albo że nie kozacy, lecz ktoś inny zawlókł tamże dżumę. Tu jest możliwość zawleczenia jéj przez suknie i jest pytanie, czy kozacy sukni lub sprzętów zrabowanych do Wetlanki nie przysyłali przed swojém przybyciem. Pytanie, na które stanowczéj odpowiedzi da. nie mogę. Jest to tajemnicą publiczną, że kozacy przywozili kufry ze zrabowanemi na wojnie rzeczami, a chociaż odbierano im po drodze takowe, to udało im się pewnie część przewieźć. Pocztą przysłano według badania prof. Eichwalda w sierpniu pakę z placu boju do Wetlanki; później jednak nic nie przysłano. Widzicie więc panowie trudności, jakie zachodzą w oznaczeniu pierwszych chorych na dżumę w Wetlance, daléj że trudno oznaczyć, czy jedna lub kilka osób razem zachorowało; w obec tego trudno coś stanowczego o początku zarazy powiedzieć. Nie mogę bowiem stanowczo twierdzić, że owa kobieta, która niewątpliwie umarła z dżumy w Wetlance (Mawra Pizarewa), tam się rzeczywiście zaraziła, przed wyjazdem do Astrachanu lub nie. Trzeba więc myśleć o możliwości zarazy w Astrachanie, a to tém więcéj, iż jak panom według raportu Dra Depnera, który dopiero 21 stycznia był publikowany, wspomniałem, tamże liczne przypadki dymienic w r. 1877 spostrzegał. Przybywszy do Astrachanu zbadałem według podań tamtejszych lekarzy i aktów urzędowych co następuje: W r. 1877 było tam 200 chorych, którzy okazywali obrzęk gruczołów, jednak po większéj części bez ropienia. Chorzy zresztą mieli się dobrze, przychodzili sami do lekarzy po radę, nikt się od nich nie zaraził, a jeden z nich tylko umarł i to w skutek ropienia tkanki podskórnéj; 5 chorych umieszczono w szpitalu obok innych chorych; a nikt z nich, ani z lekarzy od nich się nie zaraził.

O epidemii dżumy więc w Astrachanie w r. 1877, o któréj w protokółach Towarzystwa lekarzy w Petersburgu, Moskwie i w Tyflisie jest wzmianka, mowy być nie może, bo trudno mówić o epidemii, jeżeli choroba pojawia się bez zaraźliwości i bez śmiertelności. Ale inne jeszcze zachodzi pytanie. Pojedyncze przypadki zdarzały się i w r. 1878, a były także podczas mojéj bytności w Astrachanie. W jednym z nich mogłem oznaczyć kiłę jako przyczynę, w drugim był według podania prof. Hirscha obrzęk znaczny gruczołów szyjnych przy lekkich objawach gorączkowych; nie powstał ze znanych przyczyn, jak np. w skutek kiły, zołzów; jaki był dalszy przebieg nie wiem. Rozchodzi się o to, czy chorobę tam istniejącą nie trzeba może uważać za dżumę samoistną (*autochthon*). Już panom wspomniałem, że nie znamy dokładnie objawów chorobowych, które zwykły poprzedzać epidemije dżumy, mianowicie, czy podobne obrzęki gruczołów, przebiegające tak łagodnie, jak to w Astrachanie miało miejsce, przed innemi epidemijami się zdarzają lub nie. W obec tego braku nie mogę zgodzić się na zdanie, jakoby w Astrachanie panowała była w roku 1877 epidemija dżumy, ani też nie mogę twierdzić, iż choroba ta była dżumą samoistną. Mógłbym tylko wtedy się oświadczyć za tém ostatniém zdaniem, gdyby te obrzęki gruczołów limfatycznych, które w Astrachanie od jakiegoś czasu panują, od czasu do czasu byłyby przybierały charakter choroby zaraźliwéj, gdyby więc w Astrachanie samoistnie epidemije dżumy były powstawały, czego żadną miarą twierdzić nie mogę. Zwrócić muszę jednakowoż

na to uwagę, iż choroba gruczołów limfatycznych, tak często w Astrachanie się okazująca, nie jest jeszcze zwłaszcza co do przyczyn dostatecznie zbadaną, iż należałoby ją dokładniéj zbadać, gdyż nie podlega wątpliwości, iż téj choroby w zwykłym poczcie chorób gruczołów limfatycznych umieścić nie można, że tém więcéj zasługuje ona na publiczną uwagę, iż położenie Astrachanu i tegoż stosunki sanitarne są podobne do stosunków w miejscowościach, w których samoistnie dżuma zwykle się wytwarza.

Zawleczona mogła być daléj dżuma do Wetlanki z tych miejscowości, w których panowała w ostatnich czasach. Rozchodzi się o oznaczenie, w których miejscach w ostatnich czasach panowała epidemicznie. Wykluczywszy Astrachan, o którym panom wspomniałem, uwzględnić nam wypada, że dżuma panowała od roku 1873go w Mezopotamii. Tak była w maju w r. 1873 w Hille nad Eufratem, nie rozszerzywszy się po za to miasto, w lecie ustała, w jesieni znowu wybuchła, a w roku 1874 przeszła się do innych miejsc; w lecie 1874 ustała, w r. 1875 wybuchła w Bagdadzie, 1876 r. ponownie i wyłącznie w Bagdadzie, a w maju 1877 wygasła. Daléj dżuma szerzyła się w Persyi, a to od maja do października 1877 roku.

Podczas gdy w Wetlance powstała, nie panowała w żadném inném miejscu, więc o przeniesieniu dżumy bezpośrednio zkądinąd do Wetlanki mówić nie można.

Rozchodzi się o to, czy między wojskiem turecko-rosyjskiém w Armenii śród wojny, która rozpoczęła się pod wiosnę 1877, (a więc w czasie, w którym w Bagdadzie epidemija jeszcze była) a skończyła się r. 1878 w jesieni, dżuma panowała, i czy ta choroba, która niewątpliwie panowała między wojskiem rosyjskiém w Armenii była dżumą lub nie? Pytanie, na które odpowiedzi dać panom nie mogę. Wszelkie badania w tym kierunku, wypytywanie się lekarzy, którzy tam byli, były daremnemi. Niemal wszyscy lekarze twierdzą, że między wojskiem panował dur plamisty ze znaczną śmiertelnością, a według opisu objawów niewątpliwie był to tyfus. Niektórzy jednakowoż powiadają, że u chorych tyfusowych wytwarzyły się obrzęki gruczołów a śmiertelność była również znaczna. Niektórzy lekarze kaukascy w Tyflisie w dyskusyi, jaka się toczyła z powodu dżumy w Reszcie, oświadczyli, że choroba dżumą nazwana jest prawdopodobnie tyfusem plamistym, który zwykł w Kaukazie przebiegać z bubonami. Nie podlega wątpliwości, że w przebiegu tyfusu tak brzusznego, powrotnego, jak i plamistego mogą się wytwarzać bubony, jednak obrzęki gruczołów limfatycznych w przebiegu tych chorób stosunkowo bardzo rzadko się wytwarzają i to nie w pierwszych dniach, lecz w ciągu 2go lub 3go tygodnia. Lekarze, którzy tam byli, nie są w stanie powiedzieć, w którym dniu choroby widzieli chorych, gdyż po większéj części badali chorych, których odsyłano z pobliża pola walki do dalszych miejscowości, w szpitalach, w których chorzy tylko krótki czas się zatrzymywali. Zresztą dokładne badanie w podobnych szpitalach jest bardzo trudne, pisanie historyj chorób niemal nie możebne, i z téj przyczyny wszystkie daty bardzo wątpliwe. Ze wszystkich udzielonych mi dat wynika, iż między wojskiem rosyjskiém panował tyfus plamisty, i że u kilku chorych widziano obrzęki gruczołów; a co więcéj miało to miejsce w szpitalu pod Adryjanopolem, a więc w Europie. Lekarz opisujący jeden przypadek niezbadał dokładnie chorego dymienicę okazującego w pierwszym dniu po jego przybyciu, gdyż stan ogólny chorego nie był zły, tenże jednakowoż nagle w nocy umarł; wówczas jak strzała przyszła mu myśl, czy to nie była dżuma.

Przyznacie panowie, że, pominąwszy niedokładności w badaniu, przypuszczenie, jakoby w Adryjanopolu mogła istnieć dżuma jest nieusprawiedliwione, gdyż w takim razie byłaby wystąpiła nie w saméj Wetlance.

Nie można też według mego zdania twierdzić, iż dżuma, która w Mezopotamii do maja 1877 panowała, została przez wojska tureckie do Armenii zawleczoną, gdyż nie jest udowodnioném, a nawet bardzo wątpliwém, czy choroba ta a nie tyfus plamisty dziesiątkowała wojsko rosyjskie, a tém samém nie można twierdzić, żeby kozacy sami chorobą tą dotknięci takową do Wetlanki zawlekli.

Również nie mogłem udowodnić związku choroby w Wetlance z epidemiją dżumy istniejącéj w Reszcie od maja do października 1877.

Jest jednak jeszcze jedna możliwość powstania dżumy w Wetlance, która tylko na samych przypuszczeniach polega a któréj udowodnić według mego zdania nie można. Do Karsu przybyły dwa pułki tureckie z Hille (Mezopotamia nad Eufratem) około lipca 1877 roku przeszedłszy obok Bagdadu już po ustaniu tamże dżumy. Rząd turecki wprawdzie zobowiązał się z okolic zarazą dotkniętych nie sprowadzać wojska na pole bitwy; dżuma jednak w Bagdadzie już była ustała, kordon i kwarantanę już zniesiono, gdy przechodził przez kordon, nie przez sam Bagdad, podany wyżéj korpus turecki. Pomimo wygaśnięcia dżumy zażądał lekarz w Bagdadzie, by wojsko odbyło 15-dniową kwarantanę. Suknie ich rozłożono na słońcu przy 45° gorąca, jakie panowało. Do Karsu przybyło wojsko w 55 dn. Możliwém jest, że któryś z tych żołnierzy nabył w Bagdadzie z chorego pochodzącą suknię, może po zmarłym na dżumę, a nie zaraziwszy się przyniósł ją w tornistrze do Karsu, i że któryś z kozaków nabył ją od niego i również nie zaraziwszy się zaniósł lub przesłał suknie do Wetlanki, a razem z niemi i dżumę.

Po tém, co wspomniałem, nie jestem w stanie podać, zkąd dżuma do Wetlanki się dostała. Za każdą podaną wyżéj możliwością przemawiają niektóre fakta, ale żaden z nich stanowczo sposobu zawleczenia nie udowadnia.

II. O wyróżnianiu wrzodów wenerycznych części płciowych ze stanowiska klinicznego.

(Odczyt miany na posiedzeniu Tow. lek. krak.)

Przez Dra **Zarewicza**,
prymaryjusza oddz. wener. i skór.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19.)

Obecnie wypada nam się zastanowić nad różnicami, jakie zachodzą między zapaleniem napletka i żołędzi a wrzodem stwardniałym. Różnice te w przeważnéj liczbie przypadków są tak wybitne i uderzające, że niemal już na pierwszy rzut oka, przyjść możemy do stanowczego przekonania, jakiego rodzaju cierpienie mamy przed sobą. Przedewszystkiém pamiętać należy, że zapalenie napletka i żołędzi rozpoczyna się nasamprzód od rozległego zaczerwienienia tych części, a następnie dopiero w wyższym stopniu cierpienia wytwarzają się mniéj lub więcéj głębokie i rozległe ekskoryjacyje, kształtu nieregularnego. Uwzględnić zatém należy przedewszystkiém nieregularny kształt ekskoryjacyj otoczonych zaczerwie-

nioną powierzchnią wewnętrznéj strony napletka i żołędzi, ich obfitą mocno cuchnącą wydzieliną, złożoną z ciałek ropy, wydzieliny gruczołów łojowych, i oddzielonych obficie komórek nabłonka, brak zbitości podstawy, wreszcie brak charakterystycznego powiększenia gruczołów pachwinowych. W wyjątkowych jednak razach podobieństwo tego cierpienia do wrzodu stwardniałego może być tak znaczne, że i tu tak samo jak w poprzednio omawianéj zmianie chorobowéj należy się mieć bardzo na baczności, by nie popaść w możliwe pomyłki.

Głównym przypadem cechującym wrzód stwardniały i wyróżniającym go od zwykłego zapalenia napletka i żołędzi, a o którym już kilkakrotnie tutaj wspomniałem, jest charakterystyczne niebolesne powiększenie gruczołów pachwinowych, zazwyczaj zwykłemu zapaleniu napletka nie towarzyszące. Kilkoletnie jednak doświadczenie moje szpitalne pouczyło mnie, że niektóre osoby, szczególniéj do klasy roboczéj należące, ulegają bardzo łatwo powiększeniu gruczołów pachwinowych. Obrzmienie to gruczołów chłonnych nieposiada jednak téj twardości co gruczoły syfilityczne, jest miernie bolesném i ogranicza się przeważnie tylko do jednego, w jednéj lub obu pachwinach położonego gruczołu; zazwyczaj obrzęki te równocześnie z polepszeniem się cierpienia napletka i żołędzi zmniejszają się, tak że w krótkim czasie, w przeciwieństwie do gruczołów towarzyszących wrzodowi stwardniałemu, przy nieznacznych zabiegach terapeutycznych ustępują bez śladu, i w rzadszych tylko razach przechodzą w ropienie. Dla tego też tam, gdzie obok zmian zapalenia napletka i żołędzi i towarzyszących temuż powierzchownych mniéj lub więcéj rozległych ekskoryjacyj, napotykamy nadto powiększenie gruczołów pachwinowych, mogące w nas wzbudzić pewne wahanie się, dobrze jest wstrzymać się kilka dni z rozpoznaniem.

Nim przytoczę pouczający przypadek z obcéj praktyki wzięty, niechaj mi wolno będzie wspomnieć, iż ekskoryjacyje towarzyszące zwykłemu zapaleniu napletka i żołędzi nieposiadają téj mocno ciemno-czerwonéj barwy, bardzo do barwy mięsa surowego zbliżonéj, jaką się odznaczają ekskoryjacyje ze znaczeniem wrzodu stwardniałego. Lubo do tego przypadu niechcę przywiązywać zbytniej wagi, podaję go jednak li tylko dla tego, że może on poniekąd wzbudzić w nas pewne podejrzenie i skłonić tém samém do ostrożniejszego postępowania w naszych orzeczeniach.

Jak złudnie podobne są nieraz wrzody stwardniałe do zwykłego zapalenia żołędzi, świadczy następujący przypadek Dra Julliena: B. commis-voyageur, zgłosił się był w miesiącu sierpniu 1874 r. do Dra Julliena szukając u niego porady z powodu zapalenia żołędzi, które odznaczało się szczególniejszą uporczywością. Uporczywość tę przypisywał pacyjent trudom podróży i brakowi wszelkiéj wygody, a tém samém i leczeniu. Ekskoryjacyje barwy czerwonéj, niekształtne, zajmujące znaczną część żołędzi, wydzielające mierną ilość ropy, skłoniły Dra J. do rozpoznania zwykłego zapalenia żołędzi. Z tego powodu uspokoił on swego pacyjenta i nieodradzał mu wcale zawarcia ślubu, który się miał odbyć za dwa miesiące. W pachwinie lewéj znajdował się nieco znaczniéj powiększony gruczoł, niż to zazwyczaj bywa przy zwykłém zapaleniu żołędzi, na co jednak Dr. J., jak sam twierdzi, niedostateczną zwrócił uwagę, tém bardziéj, że chory zapewniał go, iż gruczoł ten posiada już od lat kilku. Od owéj wizyty upłynęły dwa miesiące. Na trzy dni jednak przed ślubem pacyjent odwiedził go ponownie; owrzodzenia żołędzi były zabliźnione; badając jednak przyczynę nieznacznéj chrypki spostrzegł Dr. J. rozległe kłykciny syfilityczne przełyku, jako następstwo przebytego cierpienia żołędzi. Z powodu kiły nastąpiło w tym przypadku stanowcze zerwanie małżeństwa. Podobny przypadek podaje także prof. Langlebert.

Jeżeli trudno nieraz jest odróżnić zwykłe zapalenie napletka i żołędzi od wrzodu stwardniałego, w tych przypadkach, w których zmiany towarzyszące temu cierpieniu są widoczne, to trudności te mogą się znacznie zwiększyć, jeżeli zmiany chorobowe będą pod napletkiem ukryte. Tak przy zwykłém zapaleniu napletka i żołędzi, jako też przy wrzodzie stwardniałym, istniejący już niestosunek rozmiarów żołędzi do napletka może się wzmódz do tego stopnia, że napletek wcale po za żołądź odprowadzić się nie daje, czyli powstaje tak zwana stulejka *(phimosis)*.

Przy odróżnianiu ukrytego pod napletkiem wrzodu stwardniałego od zwykłego zapalenia napletka i żołędzi z następową stulejką uwzględnić należy najprzód charakter samego obrzmienia napletka, a mianowicie pamiętać trzeba, że przy zwykłéj stulejce, skutkiem zapalenia napletka i żołędzi powstałéj, napletek przedstawia obrzęk czasem nieznacznie przeświecający, mniéj lub więcéj zaczerwieniony, konsystencyi ciastowatéj; z pod napletka wydziela się obficie ciecz ropna, często z krwią zmięszana, na grzbiecie napletka wymacać nieraz można bolesne postronkowate zgrubienie naczynia limfatycznego, na zewnątrz czerwoną smugą się odznaczające; chory tak dobrowolnie, jako też przy mocniejszym nieco ucisku doznaje nieznacznego bólu, który w jednakowéj mierze na całą część chorobowo zajętą się rozciąga.

Przeciwnie obrzmienie napletka przy wrzodzie stwardniałym cechuje się przedewszystkiém brakiem przypadów ostrego zapalenia, czerwoność zewnętrznéj strony napletka jest mniejsza i więcéj w sinawą wpadająca, obrzmienie napletka, które odpowiednio do rozmiarów stwardniałości może być bardzo znaczne, w każdym razie okazuje większą zbitość niż przy zwykłém zapaleniu napletka i żołędzi z następową stulejką, bolesności nie ma żadnéj a przez napletek najczęściéj wyczuć można w miejscu siedziby wrzodu ściśle ograniczoną stwardniałość.

Jakość i ilość wydobywającéj się wydzieliny nie może wpływać na rozpoznanie, albowiem wrzodowi stwardniałemu pod napletkiem ukrytemu może także towarzyszyć następowe zapalenie żołędzi i napletka.

Jeżeli wrzodowi stwardniałemu z następową stulejką towarzyszy zajęcie naczyń limfatycznych prącia, jest ono zawsze bezbolesném i twardém, a śledząc jego przebieg dochodzimy do cechującego wrzód stwardniały powiększenia gruczołów pachwinowych. Gdyby obok cechujących zwykłe zapalenie napletka przypadów znachodziło się obrzmienie gruczołów limfatycznych pachwinowych, natenczas pamiętać należy o tém, o czém już poprzednio przy rozróżnianiu zwykłego zapalenia napletka i żołędzi bez stulejki od wrzodu stwardniałego mówiłem.

Przebieg zwykłego zapalenia napletka i żołędzi jest krótkotrwałym, w przeciwieństwie do uporczywego przebiegu wrzodów stwardniałych podnapletkowych.

Wspomniałem, że często w razie obecności wrzodu stwardniałego pod napletkiem wyczuć możemy przez napletek w miejscu siedziby wrzodu ograniczoną stwardniałość; abyście jednak panowie nie wszędzie tam rozpoznawali wrzód stwardniały, gdzie objaw ten napotkacie, zwracam uwagę

Panów na to, że (uwzględniając tylko najczęstsze przypadki) zdarzyć się mogą ukryte pod napletkiem zmiany chorobowe, jak np. kłykciny kończyste, których konsystencyja przez napletek wyczuwana może bardzo łatwo uchodzić za stwardniałość wrzodu pierwotnego syfilitycznego. W takich przypadkach rozstrzyga charakter gruczołów pachwinowych.

Dla przykładu przytaczam pouczający przypadek z praktyki szpitalnéj, jaki się mnie przed kilku laty wydarzył.

Przyjęty na mój oddział strażak M. twierdził, że dotąd żadnego cierpienia wenerycznego nie miał. Chory ten, liczący wówczas przeszło 20 lat, cery twarzy nieco wybladłéj, zresztą dobrze odżywiony, nie okazywał na błonie śluzowéj jamy ustnéj, na skórze i w gruczołach żadnych przypadków ogólnego zakażenia kiłowego. W jednéj z pachwin gruczoły limfatyczne były powiększone i nieco bolesne; nadto chory okazywał wysokiego stopnia stulejkę, napletek jego obrzękły, połyskujący, nieznacznie zaczerwieniony, był zbity, cała zresztą przodkowa część jego wraz z żołędzią zdawała się być przeistoczoną w jednę twardą niemal kamienistą masę. Z pod napletka wydzielała się ropa, o odprowadzeniu jego chociażby o tyle, aby postrzedz można było zewnętrzne ujście cewki moczowéj, mowy być niemogło z powodu znacznéj jego niepodatności. Na zewnętrznéj stronie w pobliżu samego ujścia widzieć można było dwie odosobnione kłykciny kończyste. Pod względem oddawania moczu chory nie uskarżał się na żadne przypadłości. Dat anamnestycznych chory nie umiał nam podać, twierdził jednak, że cierpienie jego datuje się od dłuższego czasu i nieprzypuszczał, aby powstać ono mogło skutkiem zarażenia się. Niemogąc na razie rozpoznać na pewno cierpienia poleciłem tymczasem stósowanie okładów chłodnych, wstrzykiwanie pod napletek roczynów lekko ściągających i spokój. W kilka dni po przybyciu chorego do szpitala stan pogorszył się: napletek obrzękł znacznie, stał się więcéj napiętym i połyskującym, a nieco w bok od linii grzbietowéj prącia odpowiednio okolicy rowka wieńcowego widzieć można było sinawą plamę, jako zapowiedź grożącéj zgorzeliny; temperatura ciała była podwyższona, bolesność w miejscu chorém znaczniejsza. Mimo to, że w owym czasie niemiałem jeszcze dokładnego wyobrażenia o przyczynie chorobowéj, która te zmiany wywołała, niemogłem dłużéj odkładać rozcięcia napletka, co też natychmiast uskuteczniłem. Po rozcięciu napletka, którego obie blaszki skutkiem miąższowego przewlekłego zapalenia sklejone były ze sobą, przedstawiały się nam olbrzymie kłykciny kończyste, zajmujące całą wewnętrzną stronę napletka i żołądź samą, w pobliżu ujścia napletek wolnym był od wyrośli. Po zatamowowaniu nie bez małych trudności dość znacznego krwotoku, zaniechano dalszych zabiegów chirurgicznych, zaleciwszy choremu odpowiedni opatrunek. Zgorzelinie zapobieżono, kłykciny zaś kończyste usunięte zostały przez Dra Obalińskiego za pomocą galwanokauteru przy użyciu chloroformu.

Ponieważ nie będę miał już więcéj sposobności podania szczegółów wyróżniających zwykłe zapalenie napletka i żołędzi z następową stulejką od szankrów podnapletkowych, podaję takowe szan. kolegom na tém miejscu.

Dla czego przy szankrach podnapletkowych wszystkie przypady zapalenia napletka zazwyczaj w znaczniejszym stopniu się objawiają, z łatwością pojąć możemy, mimo to jednak stopień zapalenia nie może być jeszcze wystarczającym i pewnym przypadem dyjagnostycznym, albowiem wiadomą jest rzeczą, że i przy zwykłéj stulejce, skutkiem zapalenia napletka powstałéj, zapalenie do tego stopnia wzmódz się może, że sprowadza zgorzelinę napletka. Jakkolwiek tego rodzaju wynikom skutkiem zwykłéj zapalnéj stulejki powstałym zaprzeczano, przypisując je jedynie szankrom podnapletkowym, mimo to jednak ściśle i wiarogodne spostrzeżenia stwierdziły dostatecznie ich możebność. Również niemoże uchodzić za wyróżniający przypadek jakość wydobywającéj się cieczy z pod napletka, albowiem tak w jednem jak w drugiém cierpieniu obficie spływająca ropa może być krwawo zabarwioną. Ważniejszym już nieco przypadem wyróżniającym oba te cierpienia od siebie, lecz zawsze niepewnym, jest znaczna bolesność, jaką chory uczuwa przy ucisku na pewne ograniczone miejsca, odpowiadająca właściwéj siedzibie szankrów. Jedyną jednak wskazówką dyjagnostyczną, którą na szczęście niemal zawsze napotykamy, są mniéj lub więcéj rozległe wrzodziki ze znanemi nam cechami szankrów, w okolicy ujścia napletkowego znajdujące się, które powstały przez dobrowolne przeszczepienie się skutkiem cieczy ustawicznie z pod napletka spływającéj. Bardzo ważną i ułatwiającą wskazówką dyjagnostyczną (jeżeli się ono znachodzi) jest zropienie gruczołu pachwinowego przy szankrach podnapletkowych z następowém przeobrażeniem się rany na wrzód szankrowy. Przebieg szankrów podnapletkowych jest znacznie uporczywszym od zwykłego zapalenia napletka i żołędzi z następową stulejką i z tego powodu rychłe rozpoznanie tychże ze względu na leczenie jest bardzo ważną rzeczą.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. O martwinie fosforowéj.

Napisał Dr. **Rydygier**,
docent chirurgii w Jenie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Objawy i przebieg. Choroba rozpoczyna się zwykle od bólu zębów, biorąc swój pierwszy początek zwykle od zębów przedtém już napruchniałych; znamy atoli nie mało przypadków, a kilka znajdziemy także w opisach choroby na końcu zamieścić się mających, że robotnicy ze zdrowemi zupełnie zębami zachorowali na martwinę fosforową. Po pierwszym takim napadzie nieraz chory przez dłuższy czas nie doznaje żadnych dolegliwości, jak gdyby choroba chciała tylko przestrzedz człowieka. Widzieliśmy niestety przypadki, jak to już powyżéj namieniłem, że mimo natychmiastowego porzucenia pracy, choroba nie znikła, lecz przeciwnie daléj się rozwijała. Najczęściéj spostrzegamy martwinę szczęki dolnéj, rzadziéj górnéj (w stosunku 9:1 podług Thierscha), a tylko wyjątkowo innych kości twarzy. Bryk (l. c. pag. 256) opisuje nawet przypadek, w którym wyjątkowym sposobem martwina przeszła na kość klinową i wywołała cierpienie mózgu. Prędzéj lub późniéj powtarzają się bóle zębów, a po nich następuje jako drugi objaw nabrzmienie szczęki, razem zaś z niém lub nieco późniéj obrzmienie dziąseł, zęby zaś poczynają się chwiać. Już w tym czasie cierpi odżywianie, ale bardziéj jeszcze, gdy powstanie ropienie, torujące sobie drogę już to przez dziąsła już też przetokami na zewnątrz. Występuje teraz cuchnienie nadzwyczaj przykre, jakiego nigdy nie spostrzegałem w żadném cierpieniu ust. Bóle zwykle już od samego początku chorego nie opuszczające, coraz bardziéj się wzmagają, pozbawiając go snu i wypoczynku, równocześnie zęby luźne i dziąsła nabrzmiałe utrudniają coraz bardziéj żucie. Dodajmy do tego ciągłe domięszanie cuchnącéj ropy do ka-

żdéj potrawy, a pojmiemy, że stan ogólny dość prędko pogarszać się musi. Nie mało się téż do tego przyczynia dosyć często występujące cierpienie płuc, wywołane po części wdychaniem powietrza zanieczyszczonego wyziewami ropy cuchnącéj.

Mimo wszystkich tych niesprzyjających okoliczności widzieliśmy nieraz przypadki, gdzie stan ogólny przez długi czas pozostał prawidłowym. Przykłady odnośne podam w opisach choroby.

Przystępując do badania kości zgłębnikiem przez przetoki wydzielające ropę natrafiamy zwykle na kość obnażoną, ale tylko wyjątkowo poruszalną. Podług Thierscha (l. c. pag. 5) zwykle dopiero po 2—3 latach odłącza się chora część kości od zdrowéj; podług naszych doświadczeń jeszcze późniéj. Ropienie nie tylko starą kość psuje, ale nieraz téż niszczy nowo utworzoną. Tym sposobem podtrzymuje się ciągle dalsze ropienie, a ostatecznie stan ogólny koniecznie ucierpieć musi i chorzy umierają z wycieńczenia sił, jeżeli nie doznają pomocy odpowiedniéj.

Leczenie. Już na początku mówiąc o powstawaniu choroby namieniliśmy, że rząd ma obowiązek określenia dla fabryk odpowiednich przepisów. Wzorowe pod tym względem przepisy, obowiązujące w saskim departamencie Zwickau, zamieszczono w Pappenheima *„Sanitätspolizei“* pag. 526.

Streszczam w krótkich słowach to, czego wymaga zapobieganie chorobie. Nie należy do pracy przyjmować osób chorych lub słabowitych, a mianowicie mających zęby spruchniałe lub cierpiących na płuca. Pracownie powinny być obszerne i opatrzone w dobry przyrząd do odwietrzania, a pobyt w nich powinien być ograniczony do czasu pracy; przedewszystkiém nie powinni robotnicy nigdy jadać w pracowniach. Nadto powinni w osobnym gmachu przed wejściem i po wyjściu z pracowni umywać się, wypłukiwać usta i zmieniać ubranie, żeby tu i owdzie przyczepione kawałki fosforu nie wywołały choroby. Należy odłączyć pokoje służące do wyrabiania masy fosforowéj, do maczania, do suszenia i pakowania, od reszty i pomiędzy sobą. Prócz tego radził jeszcze Letheby, żeby robotnicy zatrudnieni maczaniem nosili na piersiach naczynie otwarte z olejkiem terpentynowym. Wiadomo, że fosfor w olejku terpentynowym przestaje świecić, a para terpentynowa ma przeszkadzać spaleniu się fosforu. Zdaje się atoli, że doświadczenie nie stwierdziło zalet przypisywanych temu środkowi i dlatego po części poszedł w zapomnienie; miał on nadto tę niedogodność, że robotnicy często cierpieli na ból głowy przez parę terpentynową. Celem dokładnego przeprowadzenia powyższych przepisów powinien przy każdéj fabryce znajdować się lekarz czuwający nad niemi i obowiązany do wydalenia każdego robotnika, u któregoby tylko pierwsze objawy choroby wystąpiły. Nie podzielam wprawdzie zdania Billrotha i Koeniga, jakoby przez natychmiastowe wydalenie chorych z fabryki, przez częste płókanie ust płynami odwietrzającemi, przez obfitę używanie świeżego powietrza i dobrych potraw udało się „często“ zatrzymać w dalszym przebiegu zapalenie okostnéj i odwrócić martwinę, nie podlega atoli wątpliwości, że w niektórych przypadkach udaćby się to mogło i rzeczywiście się udaje. Na pewno jednak spodziewać się możemy po tym środku zapobiegającym ograniczenia się procesu, co już nie maléj jest wagi.

Zwykle daleko późniéj dopiero chorzy udają się do nas o poradę i przychodzą już z przetokami wydzielającemi ropę, przez które obnażoną kość zgłębnikiem możemy wyczuć. Natenczas zachodzi pytanie, czy za pomocą operacyi mamy wydalić chorą kość, lub czy mamy czekać. Pod tym względem różnią się dotychczas zdania najznakomitszych chirurgów. Ried, Langenbeck, Schuh, Pitha i inni przemawiają za operacyją, jeżeli zbyt długo martwina nie oddziela się od reszty kości a stan ogólny poczyna się pogarszać. Ponieważ, jak to powyżéj w opisie anatomii patologicznéj wspomniałem, przekonaliśmy się, że bardzo późno, albo jak na naszych preparatach częściéj wcale nie nastąpiła demarkacyja, więc téż Ried rzadko tylko wyczekiwał tego momentu, jak to z opisów choroby wynika. Przeciwnie zaś Baum, Bryk, Bardeleben i inni oświadczyli się przeciw operowaniu. Zalecają czekać dopóty, dopóki nie wytworzy się nowa kość *(Sequestralkapsel)* około martwiny, łącząca części szczęki zdrowe i dopóki martwina sama z siebie nie oddzieli się od kości zdrowéj, tak aby bez wszelkiego gwałtu można martwinę wydobyć otworami już istniejącemi, które w razie potrzeby łatwo można powiększyć. Tak np. Bardeleben w swoim podręczniku chirurgii (III tom pag. 281) zalecając nacięcia, pijawki, nawet upust krwi (wprawdzie już zaopatrzony znakiem zapytania) o operowaniu pisze co następuje: „Tylko zupełnie oddzielone kości należy palcami albo obcążkami wydobywać. Jeżeli kawałek kości odumarłéj wystaje tak dalece, że zawadza, natenczas wypada go ostremi nożycami kostnemi odciąć, wystrzegając się starannie wszelkiego znaczniejszego wstrząśnienia części sąsiednich; albowiem przez to możnaby wywołać rozpad nowo już utworzonéj kości. Z téj téż przyczyny nie jest wskazaném rzeczywiste wypiłowanie, chociażby martwina całą grubość szczęki zajęła.“

Bryk nawet powiada dosłownie co następuje: *„Fast hatte es den Anschein, als ob der operative Eingriff zur Entfernung der nachweisbar erkrankten Knochenpartie die bisher latente Phosphorintoxication in den übrigen, anscheinend gesunden Abschnitten der Kinnlade wachgerufen, und dieselbe zu einem solchen Grade gesteigert hatte, dass dadurch der lethale Ausgang unvermeidlich wurde.“* Podług niego więc operacyja nie tylko nic nie pomogła, ale przeciwnie zaszkodziła, wywołała utajone zakażenie fosforowe nawet w częściach do tego czasu niby zdrowych, a nawet spotęgowała je do tego stopnia, że śmierć nastąpić musiała.

Przekonania powyższego nabrał Bryk ztąd, że w 3ch przypadkach niedługo po operacyi wczesnéj miała nastąpić „recydywa,“ jak się wyraża, która w 2ch przypadkach zakończyła się śmiercią, a w jednym wyzdrowieniem po powtórném wypiłowaniu. Przeciwnie zaś w jednym przypadku późnéj sekwestrotomii nastąpiło zupełne wyleczenie. Niestety nie znajduję w ostatnim opisie choroby wzmianki, jak długo chorego obserwowano, a względnie na nowo badano po wypuszczeniu tegoż z kliniki, które nastąpiło w miesiąc po operacyi. Przypuśćmy nawet, że martwina w tym przypadku rzeczywiście i późniéj nie przeszła na drugą połowę szczęki, to przypadek ten jeden jeszcze bynajmniéj nie dowodzi, że po operacyjach późno podjętych martwina fosforowa daléj się nie szerzy. Również owe 3 przypadki, w których po wczesnéj operacyi „recydywa“ miała nastąpić, wcale przeciw niéj nie przemawiają, ponieważ tu przecież wcale mowy być nie może o „recydywie,“ tylko po prostu o dalszém szerzeniu się pierwotnéj choroby. Nieraz spostrzegaliśmy, że martwina fosforowa przeszła na drugą część szczęki po wycięciu pierwszéj, choréj, ale nie raz mieliśmy téż sposobność przekonania się, że martwina fosforowa najprzód np. na jednéj połowie szczęki dolnéj powstała, późniéj dopiero na drugą

przeszła, a następnie nawet jednę stronę szczęki górnéj, w końcu i drugą zajęła, chociaż wcale nie podjęto żadnéj operacyi podczas całego przebiegu. Nie możemy więc mówić o „recydywie," a têm mniéj możemy obwiniać operacyję, jakoby ona wywołała dotychczas ukryte zakażenie fosforowe i jakoby, (co już zupełnie nie usprawiedliwionym jest zarzutem), do takiego stopnia je spotęgowała, że śmierć niechybnie musiała nastąpić. W jaki sposób operacyja ma spotęgować zakażenie fosforowe? Powtarzamy jeszcze raz i na to kładziemy nacisk, że martwina fosforowa często przechodzi powoli z jednéj części szczęki dolnéj na drugą, a również nieraz obie połowy szczęki górnéj jedna po drugiéj jéj ulegają, bez względu na to, czy potém operacyję jaką wykonaliśmy, lub nie. Nie przemawia więc wcale przeciw operacyi przyczyna powyższa przez Bryka podana. Bryk nabrał przekonania mylnego tylko z powodu zanadto małéj liczby obserwowanych przypadków (4).

W podobny sposób, jak Bryk, przemawia też Obaliński (Langenbecka arch. tom 16, str. 684), opierając się na przejętych od swego nauczyciela przekonaniach i jednym przypadku szczęśliwie wyleczonym za pomocą operacyi późnéj. On też podaje przyczynę, któréj razem z Brykiem przypisuje winę, dlaczego tak złe skutki wywiera operacyja wczesna: jest nią „utajone" zapalenie okostnéj, które podług nich dokładnie rozpoznać można po ciepłocie podwyższonéj. Dopiero wtedy, gdy u chorego nastąpi stan zupełnie bezgorączkowy, ma być chwila stosowna do operacyi. Kto znaczniejszą liczbę chorych na martwinę fosforową obserwował, ten nie zgodziłby się na ten sposób rozpoznawania i oznaczania chwili stosownéj do operacyi. Wystarcza nawet rozumowanie teoretyczne, aby się przekonać o bezzasadności powyższego twierdzenia. Przypomnijmy sobie tylko, że ropienie, a mianowicie ropienie cuchnące, wywołuje zawsze ciepłotę podwyższoną, ropienie zaś cuchnące bodaj czy nie zawsze przy martwinie fosforowéj występuje, bez względu czy istnieje „utajone (ma zapewne znaczyć tyle, „co daléj szerzące się") zapalenie okostnéj, lub nie, a nabierzemy przekonania, że nieraz daremnie wyglądalibyśmy przed zejściem śmiertelném zupełnéj apyreksyi. Nadto towarzyszą nieraz martwinie fosforowéj, mianowicie w późniejszym okresie, cierpienia płuc i żołądka przez nią po części wywołane, sprawiające zwykle, chociaż tylko nieznaczne podwyższenie ciepłoty; i te cierpienia zatém utrudniałyby operatorowi wyczekiwanie zupełnéj apyreksyi.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. H. Adler: O porażeniach dyfterytycznych.

Podczas gdy dawniéj porażenia po błonicy najczęściéj uważano jako skutek osłabienia chorobowego, od lat 40 zwracają badacze większą uwagę na częstość porażeń podniebienia miękkiego u chorych, którzy przebyli błonicę, upatrując przyczynowy związek między jedną a drugą chorobą, a nawet nazywając ostatnią porażeniem błonicowém. Niektórzy uważają za przyczynę namienionego porażenia wpływ przyrzutu błonicowego na układ nerwowy, inni przypuszczają niewybadaną jakąś zmianę ośrodkowo-obwodową, inni wreszcie tylko ośrodkową; atoli Buhl znalazł wynaczynionki w istocie korowéj i rdzennéj mózgu, w szaréj istocie rdzenia pacierzowego i w jego zwojach. Cechującém porażenia po błonicy występujące jest to, że zjawiska porażenne zmieniają się, z jednych narządów na inne się przenoszą, albo téż różne części ciała zajmują; z pomiędzy ostatnich najczęściéj podniebienie miękkie i mięśnie połykowe. Nie należy jednak upatrywać przyczyny tak częstego porażenia owych części w tém, że one są siedliskiem choroby, chociaż zajęcie pewnych narządów sprawą błonicową usposabia poniekąd te narządy do porażenia; atoli liczne przykłady dowodzą, że nieraz powstało porażenie podniebienia miękkiego, chociaż ostatnie nie było wcale błonicą zajęte, lecz np. pochwa itp.

Porażenie namienione występuje w pierwszych dniach choroby, zwykle jednak w drugim tygodniu; podług Rogera w 30—40 dni po wyleczeniu błonicy; najczęściéj jednak osobno. Objawia się ono mową przez nos (porażenie m. napinacza podniebiennego i języko-podniebiennego), zaczém idzie utrudnione połykanie, podniebienie miękkie opada a powstaje krztuszenie się, w skutek zaś porażenia mm. żdziergaczy połyku kąsek nie posuwa się do gardziela, ale pozostając w miejscu drażni błonę śluzową i wywołuje kaszel. Czasem nawet nie powstaje kaszel, jeżeli błona śluzowa krtani jest nieczułą w skutek porażenia n. krtaniowego górnego, a chory może przez głębszy wdech wciągnąć kąsek do tchawicy, który nie wykaszlany wywołuje zapalenie płuca (*Schluck- oder Fremdkoerper-Pneumonie*).

Autor wspomina, że u dziewczyny 17-letniéj choréj na błonicę powstał 6go dnia choroby bezdech a w kilka minut potém śmierć. Sekcyja wykazała w miejscu podziału tchawicy kawałek bułki.

Najczęściéj porażenie po błonicy ustępuje w ciągu 6 do 12 tygodni. Wziewanie bromowe (Rp. Bromi puri, Kalii bromati utrq. 0.50, Aq. dest. 200.0) i zamuskiwania (utrq. 0.50 na 100.00) mają pomyślny i rychły skutek sprawiać. (*W. med. Blätter 1879*, Nr. 12).

Dr. Kramarzyński (Brzesko).

Hofmokl (w Wiedniu): Złamanie główki kości sprychowéj u dzieci.

Złamania główki kości sprychowéj u dorosłych zdarzają się rzadko, z pomiędzy 52ch złamań przedramienia obserwował H. 17 złamań główki kości sprychowéj i podaje, że objawy tychże są następujące: Odnoga zwieszona wzdłuż ciała, jak gdyby porażona, ruchy bierne w celu podniesienia odnogi są bolesne, przedramię jest zwrócone na wewnątrz w stawie łokciowym lekko zagięte, w okolicy stawu kości sprychowéj lekkie obrzmienie. Wkręcanie da się z łatwością wykonać, przy odkręcaniu i wyprostowaniu występuje przeszkoda, po pokonaniu któréj czuć chrzęszczenie. Podania niektórych autorów, jakoby w skutek ciągnienia mięśnia dwugłowego miała występować dislokacyja odłamków, nie może H. potwierdzić. Zniekształtnienie jest bardzo nieznaczném. Po dokonaniu zestawienia odłamków obraca się główka kości sprychowéj przy ruchach obrotowych, ponieważ powierzchnie odłamków dokładnie przylegają, a poniekąd zębiasto w siebie wchodzą; przed zastósowaniem główka naturalnie się nie porusza. Dlaczego zaś u dzieci złamania tego rodzaju częściéj niżeli u dorosłych się wydarzają, starał się H. przekonać, robiąc doświadczenia na zwłokach, z których się pokazuje, że szybkie wykręcanie nie wywołuje u dzieci odłamania główki kości sprychowéj, a jeżeli złamanie ma nastąpić z przyczyny urazu, to potrzeba do tego znacznéj siły, przynajmniéj 3—4 kilogr.,

a wreszcie że w skutek ustalenia główki kości sprychowéj na wydatności głowiastéj kości ramieniowéj złamanie kości sprychowéj u dzieci powstać może przy skurczu samych mięśni, z powodu małéj odporności szyjki tejże kości. Leczenie polega na zestawieniu odłamków i ustaleniu odnogi w położeniu zgiętém, między pro- a supinacyją. Martwina główki odłamanéj nie zdarza się i w najniepomyślniejszym razie niedokładnego zestawienia powierzchni odłamków może nastąpić zrośnięcie z torebką i więzadłami, nie sprawiając czynnego upośledzenia. (*W. med. Woch. 1879*, Nr. 11). *Kr.*

V. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VIII. z dnia 23go kwietnia 1879 roku.

Przewodniczący kol. Sciborowski. Obecnych członków czynnych 17. i dwaj goście.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19.)

Na podane powyżéj zapytania i uwagi prof. Dr. Korczyński daje następującą odpowiedź:

1) Co do leków przeciwgorączkowych, że 2—3 grm. chininu na dawkę i dobę uważa jako dawkę średnią, któréj najczęściéj używa w klinice, 3·50 do 5,0 gm. jako dawkę znaczną, którą tylko wyjątkowo się posługuje, pomimo że szkoła nowsza niemiecka poleca w razie potrzeby, ilości jeszcze większe tego leku. W kilku przypadkach, gdzie podawano na raz po 6 grm. chininu w celu obniżenia ciepłoty, prelegent nie uważał żadnych groźnych przypadków z wyjątkiem objawów zwykłych, powstających często po większych dawkach chininu; nie przeczy jednakże, że chinin w téj ilości na raz podany nie jest bynajmniéj lekiem obojętnym i że może wywołać groźne przypadki. Niemniéj stwierdza fakt, że w czasach najnowszych zapał do bardzo wielkich dawek chininu znacznie się zmniejszył. W chorobach połączonych ze znaczniejszym stanem gorączkowym uważa lekowanie przeciwgorączkowe jako bardzo ważne i radzi przeprowadzać takowe stanowczo i wytrwale bądź to za pomocą środków, które mają na celu zmniejszyć produkcyję ciepła, lub za pomocą postępowań leczniczych, których celem jest odjąć choremu ciepłotę już wytworzoną. Lekowanie to w durze brzusznym uważa jednak tylko jako czyste przypadowe, skierowane przeciw jednemu symptomowi i dlatego nie może pochwalać postępowania tych lekarzy, którzy przepisawszy lek przeciwgorączkowy sądzą, że wypełnili wszystkie wskazania lecznicze tak, jak gdyby gorączka była istotą a nie przypadem tylko duru. Pomijając wiele innych wskazań przypadowych, a mimo to w leczeniu duru brzusznego bardzo ważnych, namienia, że obok odpowiedniego leczenia dyjetetyczno-hygijenicznego pilne śledzenie zachowania się czynności serca jest w durze brzusznym niezmiernéj wagi. Jeżeli gdzie, to w durze brzusznym, korzystny przebieg zależy częstokroć od stósownego i umiejętnego podawania środków podniecających.

2) Co do sposobów rozpoznawania błednicy ustrojowéj za życia, prelegent dlatego tylko o nich w rozprawce obecnéj zamilcza, że miał zamiar pomówić przy innéj sposobności o objawach i poszczególnych postaciach błednicy. Skoro jednak dotknięto w dyskusyi tego przedmiotu, przedewszystkiém namienić musi, że kwestyja ta ze stanowiska klinicznego nie jest tak nową, że nigdzie dotąd nie można napotkać ściśle określonych znamion błednicy ustrojowéj, i że z tego powodu podając wskazówki rozpoznawcze téj postaci błednicy przedewszystkiém opierać się musi na własném doświadczeniu. Otóż śledząc pilnie od kilku lat wszystkie przypadki błednicy, jakie mu się postrzegać zdarzyło, przyszedł do przekonania, że tak samo jak w rozpoznawaniu postaci ustrojowéj suchot płucowych przedewszystkiém opieramy się na anamnezie i na wyśledzeniu pewnych zboczeń utworowych przeważnie klatki piersiowéj dotyczących, tak w rozpoznawaniu błednicy ustrojowéj uwzględniamy wywiady i budowę kośćca, stosunek wzajemny rozwoju pojedynczych części ciała, zachowanie się części rodnych i układu naczyniowego. Ze względów anamnestycznych zasługują przedewszystkiém na uwagę: pojawienie się w dziecięctwie przypadków odpowiadających rychléj błednicy aniżeli zwykłéj niedokrewności, niedostateczność nawykową odchodów miesięcznych i częste powracanie objawów błednicy, obok bardzo ważnego zdaniem prelegenta szczegółu, że objawy téj błednicy powstają często bez dostatecznych podstaw przyczynowych w zachowaniu się, kształceniu i odżywieniu choréj. Przy badaniu napotyka się bardzo często wątłą i niedostateczną budowę kośćca w ogóle, a w szczególności szczupłe wymiary klatki piersiowéj i miednicy, niekiedy niedostateczność wzrostu ciała w ogóle, długość niestosunkową szyi, bladość, a co ważniejsza delikatność skóry, któréj odpowiada wygórowana wrażliwość na bodźce zewnętrzne. Badanie części rodnych wykrywa często, lubo bynajmniéj nie zawsze, niedostateczność rozwoju macicy, która w wyższych stopniach zachowuje się jako t. zw. macica dziecięca i bywa przyczyną bezpłodności. W przeważnéj liczbie przypadków znajdujemy uderzenia serca słabe, tony głuche a tętnice badaniu przystępne małe. Rozpoznanie może jednak ulegać trudnościom, a mianowicie: *a*) anamneza nie wskazuje żadnych poprzednich objawów, takowe występują dopiero wśród choroby gorączkowéj, jakiéj chora przypadkowo ulega, i przedstawiają się jako rychłe osłabienie czynności serca, *b*) przypady błednicy podobnie jak w błednicy nabytéj pojawiają się w okresie powikłania. Tłumacząc te przypadki odnieść się możemy do niestosunku między zadaniem a siłą mięśnia sercowego podczas gorączki, a względnie do niestosunku między wzrastającém sercem a niezmieniającém się światłem tętnic w okresie powikłania, *c*) miesiączka może być zanadto obfita (postać krwotoczna błednicy), co może polegać albo na kruchości wątłych naczyń, lub na następowych zmianach w sercu *d*) istnieć mogą dwa zboczenia ustrojowe na tych samych lub podobnych podstawach oparte, gdzie rozróżnienie objawów pewnemu zboczeniu odpowiadających ulegać może trudnościom. Tu np. należałby przypadek niedawno w klinice lekarskiéj zauważany, który prelegent miał sposobność okazać między innymi odwiedzającemu klinikę Drowi Sokołowskiemu z Görbersdorfu, gdzie istniały suchoty i błednica, obie na wspólnych podstawach konstytucyjonalnych oparte, *e*) zamiast słabego uderzenia serca i małych słabo wypełnionych tętnic napotyka się przerost serca lub rozszerzenie i odpowiadające pierwszemu nadmiarowe napełnienie tętnic; zmiany te uważać należy jako następowe.

3) Co do wątpliwości, ażali upusty krwi mają tak znaczny wpływ na tłuszczenie mięśnia sercowego, a to z powodu, że dotychczas jeszcze we Włoszech leczą zapalenia płuc częstemi upustami krwi, kol. prof. Korczyński jest zdania, że już ze stanowiska czysto teoretycznego można na pewne twierdzić, że pod wpływem tego lekowania istotnie często nastawać musi stłuszczenie serca, z jednéj zaś strony jest faktem, że najczęstszą przyczyną śmierci w zapaleniu płuc jest stłuszczenie serca, z drugiéj zaś strony nie ulega wątpliwości, że przy lekowaniu za pomocą upustów krwi śmiertelność z zapalenia płuc jest znacznie większą.

4) Co do wątpliwości, ażali zapalenie miąższowe nerek istotnie tak rzadko wikła się z durem, jak to podają Bartels i Buhl, prelegent nie może poprzeć cyframi wziętemi z doświadczenia swego zdania, gdyż szczegółowych zestawień pod tym względem materyjału przez siebie spostrzeganego nie uskutecznił. Przy téj sposobności podnosi ważność dla nauki sprawozdań szpitalnych, omawia ich znaczenie ze względu na miejscowe stosunki chorobowe i epidemijologiczne i sądzi że szpitale krakowskie i lwowskie, które dzięki troskliwości Wydziału krajowego i szczodrobliwości Sejmu, obecnie w tak świetnych w porównaniu z poprzedniemi znajdują się warunkach, dostarczać powinny rocznych sprawozdań na wzór sprawozdań ze szpitalów zagranicznych, osobliwie skoro szpitale te uczyniły na téj drodze już pewne lubo słabe początki.

W odpowiedzi kol. Kohnowi przytacza prelegent 1) Co do buczenia nad żyłami szyjnemi, że sprawa ta była omawiana obszernie na jedném z ostatnich posiedzeń Komisyi balneologicznéj, i że nad znaczeniem i ważnością rozpoznawczą tego objawu zastanawiał się w I. spostrzeżeniu kazuistyczném (Przegl. Lek. z roku 1878). Odnośnie do uwag w tych miejscach poczynionych kol. prof. Korczyński ani nie przecenia, ani zanadto wiel-

kiéj wagi nie przypisuje buczeniu nad żyłami szyjnemi w niedokrewności i blednicy. Czy rodzaj, stopień lub rozległość buczenia zachowuje się inaczéj w blednicy nabytéj a inaczéj w ustrojowéj, powiedzieć nie umie, gdyż na ten szczegół nikt dotąd nie zwracał uwagi. Prelegentowi zdaje się jednak, że buczenie rozległe występujące przeważnie w żyłach śródkłatkowych, jak to miał sposobność słyszenia w kilku przypadkach, rychléj będzie właściwością blednicy ustrojowéj, aniżeli nabytéj.

2) Że zdarzają się kobiety olbrzymie z utworową małością macicy temu wcale nie przeczy, i już Fraenkel w jednym z roczników *Archiv. f. Gynaekologie* zwraca na to uwagę, że utworowym zboczeniom macicy nie zawsze towarzyszyć musi wąskość naczyń, a względnie blednica. Prelegent namienia jednak, że olbrzymie wejrzenie takich kobiet może być właśnie złudném, i że takowe samo przez się tém mniéj wyklucza blednicę, że istnieje szczególna postać blednicy, która objawia się właśnie niezwykłością kształtów ciała, i którą nazywamy *chlorosis gigantea*. Otyłość kobiet również nie wyklucza blednicy: któż nie zna kobiet otyłych a niedokrewnych, gdzie leczenie zmierzające przeciw otyłości stan pogarsza, a leczenie skrzepiające takowy znakomicie poprawia.

W odpowiedzi kol. Kwaśnickiemu, któremu z warunków w przypadku III przypisać należy stłuszczenie mięśnia sercowego, namienia prelegent, że jak w ogólności wymienił tylko szereg warunków téj sprawie sprzyjających nie wdając się w pytanie, czy nadmiarowa praca serca, lub niedokrewność i upośledzenie dowozu tlenu są głównemi momentami przyczynowemi, tak w poszczególnym przypadku tém mniéj o ostatecznéj przyczynie może orzekać. Małe rozmiary serca stwierdzone sekcyją nie sprzeciwiają się ostatecznie przypuszczeniu nasilonéj pracy mięśnia sercowego, a to z powodu, że taka nasilona praca nie zawsze musi pociągnąć za sobą rozstrzeń sercową, jak o tém przekonać się można z nauki o tak zwaném znużeniu serca. Zresztą sposoby badania rozmiarów serca nie są jeszcze dokładnie ustalone (jedni ważą, drudzy oznaczają objętość serca), a wyniki nie przechodzą zazwyczaj po za zakres względnéj wartości, nakoniec rozmiary komórek zależą także od tego, czy serce przestało bić w chwili skurczu lub rozkurczu.

Wracając do ubocznéj kwestyi rowków na paznogciach po cięższych chorobach, podaje prelegent, że już w r. 1846 Reau zwrócił na nie uwagę, a późniejsze prace Vogla i Wilksa zaznajomiły nas z rozmaitemi formami zmian w paznogciach skutkiem chorób ogólnych, które powinny być znanemi także dermatologom i chirurgom. Rowki na paznogciach powinny także obchodzić lekarzy sądowych. W przypadkach sądowolekarskich radzi jednak kol. prof. Korczyński ostrożność w wnioskach, i nie radzi z rowków tych wnosić na pewne o przebytéj chorobie zakaźnéj, a to na podstawie doświadczenia, jakie zrobił na sobie samym przed $2\frac{1}{2}$ laty, gdzie po kilkodniowém znacznem osłabieniu, które prawdopodobnie powstało skutkiem przesilenia się pracą, pojawiły się rowki te na wszystkich prawie palcach.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Skórkowski.*

VI. O nagminném zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych w Chrzanowie.

Już przed kilkoma laty panowało w Chrzanowie nagminnie zap. opon mózgowo-rdzeniowych, i nieraz byłem wzywany na naradę lekarską, a chociaż nie pamiętam wszystkich szczegółów tyczących się téj niemocy, to jednak tkwią mi w pamięci niektóre przypadki, które albo widziałem na miejscu podczas choroby ostréj, albo téż widywałem chorych z następnemi chorobami, jakie dość często po przebyciu téj niemocy pozostają. Do tych należą rozmaite zboczenia zmysłu słuchowego i wzrokowego, nieżyty ostre lub ostrawe ucha środkowego z przedziurawieniem błony bębenkowéj, z otokiem i upośledzeniem słuchu, przypadki zupełnéj głuchoty jako następowe zajęcia błędnika, cierpienia kości skroniowéj z następowém ropieniem; przypominam sobie nadto chłopczyka, który oślepł w téj chorobie, a który potém przybył na kuracyję; prof. Rydel radził wstrzykania podskórne ze strychninu, raz nawet je wykonał, atoli chory po niejakim czasie nie poddając się dalszemu leczeniu umarł wśród przypadłości mózgowych.

Przed kilku dniami byłem znów do Chrzanowa wezwany do dziewczynki 14-letniéj od czterech dni choréj; choroba zaczęła się nagle (gdyż jeszcze na godzinę przedtém bawiła się ochoczo i wesoło ze swojemi współtowarzyszkami) od gwałtownego dreszczu długo trwającego, wnet nastąpiła silna gorączka, znaczny ból głowy, wymioty obfite i często powtarzające się bez poprzednich nudności, skurcz i stężenie karku. Wśród nasilenia bólu głowy chora jest bardzo niespokojną, rzuca się na wszystkie strony, krzyczy, jęczy, stęka, każdy ruch wywołuje wymioty, ból głowy jest najsilniejszy w okolicy czołowéj i tyłogłowowéj, z początku dość przytomna, zwolna traci coraz bardziéj przytomność, jest śpiącą, jeżeli się atoli do niéj głośno przemawia, to się przebudza i rozumie co się do niéj mówi, wysuwa chociaż nie bez trudności na zawołanie język, który jest suchawy i białym pokładem śluzu pokryty, obie źrenice zarówno zwężone oddziaływają jednak dość energicznie na światło, ciepłota ciała w pierwszych trzech dniach wynosiła 38—39° C., tętno sprychowe 120—125. Ciepłota ciała badana przezemnie wynosiła +39,5° C. tętno sprychowe 132, żywot napięty wypuklony, za pomocą pukania wydaje odgłos bębenkowy, nad spojeniem zaś kości łonowych odgłos wypukowy jest stłumiony, zapewne przez mocz nagromadzony w pęcherzu, stolec wstrzymany. Wspomniałem o żywocie wzdętym naprężonym dlatego, że w téj chorobie zwykle bywa brzuch wciągnięty, zapadły, nieckowaty, śledziona powiększona, zgrzytanie zębami, liszaj na wardze górnéj obfity. W tym przypadku jest wprawdzie skurczenie mięśni karkowo-szyjnych, okolica ta przy dotknięciu jest bolesną, niema jednak kręcza tylnego (*opisthotonos*). Prócz téj dziewczynki widziałem przy sposobności jeszcze kilku chorych tą niemocą dotkniętych i tak:

2) Chłopczyka liczącego lat 7 i pół, który już piąty dzień choruje, ból głowy jest stały i ciągły, z początku miewał obfite wymioty, liszaj pojawił się na uchu prawém, zrazu ciepłota ciała dochodziła do + 41° C., tętno sprychowe do 140, czasem tylko 60 było uderzeń w ciągu minuty, skurczenie mięśni szyjnych, wychudnienie ciała znaczne.

3) Dziewczynę 14 lat liczącą, już od pięciu tygodni chorą; z początku były dreszcze, ból głowy, szczękościsk, śpiączka, wymioty, ciepłota ciała 40° C., tętno 120, liszaj wargowy, nadczułość skóry, ból znaczny wyrostków kolczystych kręgów szyjnych i grzbietowych, połączony ze stężeniem grzbietu, szkarlat krwotokowy (*purpura haemorrhagica*) na odnogach. W drugim tygodniu powstało zapalenie ciałka rzęskowego i tęczówki oka lewego wśród znacznego bólu w oku i w okolicy czołowéj; o ile mogłem je badać w położeniu poziomém i wśród znacznego osłabienia, znalazłem na oku lewém źrenicę nie okrągłą lecz podłużno-jajowatą, w środku źrenicy plamę jednostajnie szarą wielkości grochu okrągłego na torebce soczewkowéj, wzrok znacznie upośledzony. Dotychczas stawiano pijawki w okolicy wyrostków sutkowych kości skroniowych, stósowano okłady lodowe na głowę, wcierano szaruchę, zapuszczano roztwór siarkanu atropinowego do oka zajętego, podawano chinin naprzemian z kwasem salicylowym.

4) Dziewczynkę siedmioletnią od dziewięciu tygodni chorą; wśród choroby powstał nieżyt ucha środkowego z na-

stępowém przedziurawieniem błony bębenkowéj i obfitym otokiem usznym, chora ma słuch nieco przytępiony, ma się zresztą wcale dobrze, i przechodzi się, zostało atoli porażenie zdziergaczy tak jelita odchodowego, jakotéż i pęcherza moczowego, tak że we dnie i w nocy mocz i kał mimowiednie odchodzi. Zaproponowałem obmywanie i wycieranie żywota i krzyżów zimną wodą, następnie podawanie wyciągu wyskokowego wroniego oka, a gdyby i to nie wystarczało, natenczas należałoby użyć elektryczności.

5) Dziewczynkę pięcioletnią od dwóch dni chorą; przeważne przypadłości są: ciepłota ciała + 39,5° C., tętno 108, ból głowy, źrenice zwężone, ospałość wielka, obrzęk śledziony, wymiotów dotychczas nie było. Przypadek dotychczas wątpliwy. Koll. Benda i Klein opowiadają, że dotychczas było 20 przypadków téj niemocy, że ostre przypadki w przeciągu jédnéj do dwóch dób kończą się śmiercią, jeżeli zaś choroba jest ostrawą, lub staje się przewloczną, natenczas wydarzają się napady okresowe. Nadto wspominają, że w małéj tylko liczbie przypadków bywa kręcz tylny, we wszystkich zaś przypadkach bywa stężenie mięśni karkowych. Wydarzył się jeden przypadek téj choroby, w postaci przez Hirscha opisanéj pod nazwą przepuszczającej, odznaczający się tém, że w okresie ustępowania choroby ból głowy codziennie popołudniu powstawał, a po kilkugodzinnem trwaniu znowu ustępował.

Autorowie którzy o téj chorobie pisali, sądzą, że przebycie jednorazowe choroby zabezpiecza od powtórnego zapadnienia; tymczasem przypadek, który zaraz przytoczę, najzupełniéj przeciw temu przemawia. Kiedy przed kilku laty nagminne panowało zap. opon mózgowo-rdzeniowych w Chrzanowie, między innymi zachorowała i panienka lat 16 mająca; obok innych znamionujących tę chorobę objawów wystąpił także i liszaj wargowy; panienka ta przebyła chorobę ostrawą z następowém porażeniem jednostronném obu odnóg; choroba zrazu zachowała przebieg ostrawy, późniéj stała się przewloczną, lecz po 3ch blisko miesiącach chora zupełnie wyzdrowiała, następnie zapadła na zimnicę, a wśród napadów miewała rumień, który wraz z zimnicą po dłuższém zażywaniu chininu ustąpił. Osoba ta po kilku latach wyszła za mąż i właśnie w czasie poczynającéj się obecnéj epidemii była w połogu, a w pierwszych dniach onego dotkniętą została tą chorobą, która śród groźnych objawów po dwudniowém trwaniu śmiercią się zakończyła.

Dr. Warschauer.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Choroby nagminne w Galicyi w ciągu kwietnia 1879.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem marca	przybyło	z tych: wyzdrowiało	z tych: umarło	z tych: pozostało w leczeniu: chorych	z tych: pozostało w leczeniu: w gminach
Ospa	15	17077	24	117	93	19	29	7
Odra	91	86568	1232	4972	3820	344	1140	47
Płonica	20	19040	188	204	287	58	47	4
Błonica	22	26931	48	166	115	71	18	8
Dur brzusz.	32	34216	285	388	460	37	176	16
Dur osutkow.	41	54857	160	710	543	67	260	28
Krztusiec	23	23337	406	565	771	52	148	8

Dr. Merunowicz.

Wyciąg z protokółu posiedzeń kraj. Rady zdrowia z dnia 6go i 13go maja 1879.

1) Uchwalono jednogłośnie wyrazić się przeciw udzieleniu pozwolenia na urządzenie grobowca familijnego w kaplicy ogrodowéj w Lubieniu.

2) Na zapytanie wys. Trybunału administracyjnego (z powodu rekursu gminy miasta Krakowa) uchwalono jednogłośnie odpowiedzieć: *a)* dur powrotny zaliczony być winien niewątpliwie do chorób nagminnych i nie jest chorobą nową i nieznaną, *b)* dur powrotny, który panował w Krakowie w r. 1878, miał wszelkie znamiona epidemii; wreszcie *c)* jako niezbędny i jedyny warunek zapobieżenia szerzeniu się epidemii, tak co do przestrzeni jak i czasu, wskazuje higijena szpitalna potrzebę pomieszczenia chorych w szpitalach zupełnie odosobnionych, wyłącznie dla nich przeznaczonych. W czasie panującéj epidemii w Krakowie w r. 1878 było więc takie odosobnienie chorych na dur powrotny od innych chorych nauką i doświadczeniem lekarskiém wskazane i niezbędnie potrzebne.

Na posiedzeniu dnia 13 maja 1879 uchwalono listę tych lekarzy, którzy najbardziéj zasługują na nagrody ustanowione przez Wydział krajowy za szczepienie w roku przeszłym uskutecznione. *Dr. Merunowicz.*

* **Zaraza astrachańska.** Rada zdrowia międzynarodowa w Carogrodzie zaprzecza stanowczo, jakoby dżuma zawleczoną została z Karsu do Wetlanki. Ów pułk jazdy, o który się rozchodzi (p. wyżéj wykład pr. Biesiadeckiego), wprawdzie stał załogą w Hille i Divanie, ale tam dżuma zgasła już w r. 1876; z Bagdadem pułk wcale się nie stykał, a odbywszy w Salahie kwarantanę stanął w sierpniu pod Karsem w stanie zdrowia całkiem zadowalającym. W fortecy Karsie według świadectwa wszystkich lekarzy panowały: zimnica, czerwonka i dur, ale ani jednego nie było przypadku dżumy.

W obec niepokojącéj depeszy, która ostatniemi dniami doniosła o ukazaniu się w Astrachanie duru plamistego, pocieszającą jest rzeczą, że nietylko delegaci angielscy i francuscy, ale i Dr. Kabiadis, bawią dotąd w gub. astrachańskiéj, i że ostatni zapewnia, że nowego przypadku dżumy niebyło.

Według urzędowych doniesień rosyjskich kwarantany w d. 22 kwietnia usunięte zostały, a następnie zamknięto działanie hr. Loris-Melikowa jako jenerał gubernatora guberni astrachańskiéj, saratowskiéj i samarskiéj.

* Dur powrotny panuje ciągle w Gryfii; w klinice tamecznéj dotąd leczono 25 przypadków.

* Doświadczenia czynione przez prof. H. Cohna we Wrocławiu wykazały, iż przy świetle elektryczném barwy, czerwona, zielona, niebieska i żółta o wiele daléj rozpoznawane być mogą jako takie, aniżeli przy świetle słoneczném, skąd wniosek, że do sygnałów barwnych najlepiéj nadaje się światło elektryczne. *(Centralbl. f. pract. Augenh. 1879, April.)*

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 18 (od 27 kwietnia do 3 maja) umarło w Krakowie 34 osób; 21 męż. i 13 kob; 21 osób w obwodach i 13 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 31.3. Zmarły w tymże tygodniu w Krakowie 3 osoby z chorób zakaźnych: 1 z dławca, 1 z duru brzusznego, 1 z zimnicy. Doniesiono w 19 tygodniu o następujących przypadkach: 1 duru osutkowego (z ul. Floryjańskiéj L. 332); 2 odry (w ul. Sławkowskiéj L. 269 i przejezdny); 3 róży (1 z ul. Kurniki 154, z Podgórza i w szpitalu).

Komisyja sanitarna krakowska odbyła dnia 12 bm pod przewodnictwem Dra Warschauera posiedzenie, na którém: 1) Dr. Buszek przedłożył wykaz śmiertelności z marca i kwietnia rb. W marcu umarło 156 osób czyli średnio umierało dziennie 5 osób. W liczbie téj umarło 26,2% dzieci do 5 roku życia, z chorób zakaźnych 17,6%, z chorób narządu oddechowego 35,4%. W kwietniu zmniejszyła się śmiertelność bo umarło 138 osób czyli dziennie średnio 4,5. Dzieci do 5 r. życia umarło nieco więcéj (30,4%) znacznie rzadziéj umierali z chorób zakaźnych, (10,1%) za to wiele więcéj zabrały ofiar choroby płuc, przedewszystkiém suchoty (41,3%). Miesiąc kwiecień zatém należał do najzdrowszych miesięcy w ostatnich latach, gdyż na 1000 i jeden rok obliczona śmiertelność wypada na 29,1. Z chorób zakaźnych pojawiały się w tychże obydwu miesiącach sporadycznie dur brzuszny i osutkowy, za to częściéj do szpitala św. Łazarza przywożono z sąsiednich wiosek chorych z durem osutkowym; 2) Dr. Mohr podaje wiadomość o częstych chociaż lekkich przypadkach ospy w Królestwie Polskiém. 3) Ref. Wyrobisz od-

czytał doniesienie o 5 przypadkach duru osutkowego na Kleparzu w miesiącu kwietniu, i środkach przeciwko dalszemu szerzeniu się téj choroby przez magistrat zarządzonych, poczém uchwalono donieść Starostwu o przywożeniu do tutejszych szpitalów chorych z durem osutkowym z Prądnika Białego i Czerwonego, z Piasków i z Łągu i oddać do rozbioru chemicznego wodę z kilku studzien na Kazimierzu, w których się pojawiły przypadki tyfusu; *b*) doniósł o dalszych badaniach studni w ul. Grodzkiéj L. 113, przyczém na wniosek Dra Korczyńskiego uchwalono, aby koszta dokładniejszego badania tejże studni ściągnął magistrat od właściciela domu; rachunek zaś za badanie dotychczasowe przyjęto w zupełności; *c*) podał do ocenienia środki odwietrzające polecane przez M. Friedericha, o których mają ułożyć opiniję Drowie Julijan i Kazimierz Grabowscy. Dr. Korczyński uprasza fizyka o udzielenie swoich spostrzeżeń co do rozwoju, wad budowy i w ogóle właściwości fizycznych poczynionych na popisowych w czasie tegorocznego poboru wojskowego, któreby podawały pewne wskazówki do przestrzegania higijenicznych przepisów, zapobiegających wadom rozwojowym u naszego ludu. Dr. Mohr zauważył, że w rb. poborowi w Iszéj kl. dostarczyli o wiele więcéj zdatnych do służby wojskowéj, niż po inne lata. 5) Dr. Obaliński zdając sprawę ze zwiedzenia szpitala Braci Miłosierdzia pochwala panujący tam porządek i czystość i wnosi, aby w ulicy Trynitarskiéj zapobiegł Magistrat dalszemu zanieczyszczeniu, jakoteż zabronił zanieczyszczania rynsztoku koło szpitala biegnącego. Wnioski te przyjęto. 6) Dr. K. Grabowski po dłuższym wywodzie wnosił, aby nad podaniem lekarza obwodu III co do podziału jego dzielnicy przejść na teraz do porządku dziennego i wniosek ten przyjęto głównie z powodu, że instrukcyja dla służby lekarskiéj wkrótce jéj czynność unormuje. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 15 maja. W myśl uchwały Tow. lekarskiego i w imieniu tegoż prezes, wiceprezes i sekretarz wręczyli d. 8 bm. prof. Domańskiemu ozdobne album pamiątkowe z fotografijami kolegów, w uczczeniu zasług położonych przez niego jako przewodniczącego Tow. w latach 1877 i 1878. Oprawa albumu rzeźbiona w drzewie orzechowém wyrobu snycerza p. Brzostowskiego opatrzoną została w herby m. Krakowa i Towarzystwa oraz w napis stósowny.

* P. Minister oświecenia zatwierdził habilitacyję Dra Longina Feigla, jako docenta prywatnego medycyny sądowéj na wydziale prawniczym we Lwowie, a równocześnie uwolnił Dra Weigla od obowiązków zastępcy profesora tegoż przedmiotu.

* Egzamin dla fizyków rozpocznie się w Krakowie w piątek 23 b. m.

* Na posiedzeniu Izby deputowanych Rady państwa odbytém w d. 12 bm. uchwalono na wniosek posła Czerkawskiego i w załatwieniu poprzedniego wniosku posła Hausnera wezwać rząd, aby w myśl rezolucyi jeszcze w r. 1870 zapadłéj przystąpił wreszcie do utworzenia wydziałów lekarskich we Lwowie, Ołomuńcu i Salzburgu; gdzieby zaś z przyczyn miejscowych tego uczynić nie można, aby rząd rozważył, czy brakowi lekarzy po wsiach nie dałoby się zaradzić przez utworzenie wyższych specyjalnych szkół lekarskich (na kształt akademij prawniczych, które istniały we Węgrzech).

Brak miejsca nie dozwolił nam dotąd podać uwag nad mowami pp. Hausnera i Czerkawskiego, a nie pozwala nam i teraz wypowiedzieć zdania naszego o rezolucyi wyżéj wspomnionéj; ponieważ jednak sprawa ta i kraj nasz żywo obchodzi, powrócimy do niéj późniéj.

* **Wiedeń**. Na posiedzeniu Tow. lekarskiego, odbytém w d. 9 bm., Dr. Nitze z Drezna i mechanik Leiter z Wiednia przedstawiali przyrząd służący do oświetlenia jam wewnętrznych, o którym wspomnieliśmy w numerze poprzednim. Następnie prof. Dittel demonstrował praktyczne zastósowanie przyrządu przy badaniu pęcherza moczowego. Pokazało się istotnie, że za pomocą przyrządu Nitzego większą część pęcherza moczowego dokładnie zbadać można. (*W. med. Presse*).

* **Mianowania i odznaczenia**. Docent otyjatryi w Budapeszcie, Dr. Julijusz Böcke, otrzymał tytuł i rangę nadzw. profesora. — Docent chirurgii w Lipsku Dr. Helferich powołany został do Monachijum na kierownika polikliniki chirurgicznéj. — Dr. Hugon Schulz habilitował się jako docent farmakologii w Bonie. — Prof. Klebs w Pradze mianowany został członkiem honorowym akademii lek. belgijskiéj.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 19: Klinka: Sprawozdanie z wycieczki lekarskiéj do Petersburga; Markiewicza: Kilka słów o powietrzu morowém i istocie zarazka jego; w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 19: Perkowskiego: Raptowne a zupełne zaniewidzenie chorego, zaszłe w miesiąc po dokonaném odjęciu uda; Heringa: O operacyi polipów krtani (c. d.)

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 21 maja posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) Kol. prof. Domański okaże pod drobnowidem preparata zboczeń chorobowych w układzie nerwowym, 2) kol. Smoleński poda z kliniki prof. Dra Korczyńskiego trzy przypadki następstw przewlekłego ograniczonego zapalenia otrzewny, 3) kol. prof. Oettinger poda rzecz o zbiorze pism hipokratycznych.

Do dzisiejszego numeru dołącza się Przewodnik do Żegiestowa wraz z dodatkami.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 24 maja 1879. № 21. Rok XVIII.

I. Spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki lekarskiéj krakowskiéj.

Przez prof. Dra Korczyńskiego.

IV.

Trzy przypadki duru brzusznego zakończone śmiercią u kobiet z wrodzoną wąskością układu tętniczego. Znaczenie blednicy wrodzonéj w durze brzusznym.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19.)

Wynik sekcyi wykonanéj przez doc. Dra Browicza w streszczeniu opiewa:

Długość ciała 155 cm. Skóra blada, podściółka tłuszczowa dość obfita. Mięśnie dość dobrze utrzymane, suche, połyskujące, zbite, ciemno-czerwone. Kości czaszki miernie grube. Opona twarda gładka, połyskująca, blada; opony miękkie miernie nastrzykane, cieńkie. Mózg spójności prawidłowéj, miernie przekrwiony; komórki mózgowe prawidłowych rozmiarów, wypełnione płynem przezroczystym. Błona śluzowa krtani i tchawicy brudno-szara. — Płuco prawe do opłucnéj żebrowéj lekko przyrośnięte za pomocą pasm włóknistych. Opłucna dolnych części i podstawy płuc w kilku miejscach zcieńczała, brudno-zielonawo zabarwiona; na podstawie płuca w opłucnéj otwór okrągły ½ cm. średnicy mający, o brzegach cieńkich, a opłucna płucowa w tém miejscu zlepiona z opłucną przeponową. W obu płucach na rozkroju widać liczne jamy, od wielkości grochu do wielkości orzecha włoskiego, nieregularne, o ścianach nierównych, strzępiastych, brudno-szaro zabarwionych, wypełnione miazgą posokowatą brudno-zieloną, cuchnącą. Do wielu z tych jam można dojść przez oskrzela średniego kalibru, których błona śluzowa w części od jamy odległéj jest krwią nastrzykana, w części do jamy zbliżonéj jest strzępiasta, brudno-szara. Miąższ płuc pomiędzy jamami w części zawiera powietrze, w części jest zbity, bezpowietrzny, na rozkroju rdzawo zabarwiony, kruchy. — W osierdziu około 50 grm. płynu surowiczego, jasnego. — Serce rozmiarów prawidłowych, mięsień sercowy blado-brunatny, połyskujący, kruchy. W jamach sercowych skąpe, ciemno-czerwone, wiotkie skrzepy krwi. Tętnica główna tuż ponad zastawkami okazuje obwód 60 milim., podczas gdy obwód tętnicy płucnéj wynosi 71 milim. W ⅓ górnéj części tętnicy głównéj zstępującéj obwód wynosi tylko 35 milim. Wszystkie główniejsze pnie tętnicze są wązkie a ściany ich cienkie. — Wątroba powiększona, torebka gładka, napięta, miąższ blady, połyskujący, kruchy. — Sledziona waży 247 grm.; torebka jéj gładka, napięta, miąższ ciemno-wiśniowy. — Nerki obiedwie nieco powiększone; powierzchnia gładka, istota korowa blada, niedokrwena, na rozkroju nieznacznie się wypukla, miąższ wiotki, soczysty, kruchy. Ciężar nerki 187 grm., długość 13·5 cm., szerokość 6 cm., grubość 2·4 cm. — Błona śluzowa jelita cienkiego żywo nastrzykana i rozpulchniona; kępki Peyera nieco obrzmiałe, na takowych znajduje się kilka płytkich wrzodzików o brzegach cienkich, gładkich, średnicy 2 — 3 milim. mających. — Gruczoły krezkowe powiększone do wielkości dużego grochu, przekrwione, soczyste i miękkie. — Macica w całości mała i cienka, część pochwowa wązka i krótka. Miąższ macicy spójności prawidłowéj, błona śluzowa rozpulchniona, zgrubiała, pokryta cienką warstwą śluzu gęstego, lepkiego. Błona śluzowa około ujścia zewnętrznego okazuje wybujałości ziarninowe, miękkie.

Rozpoznanie anatomiczne: *Ileotyphus in stadio ulcerationis. Hyperplasia acuta glandularum mesenterialium. Tumor lienis acutus minoris gradus. Degeneratio parenchymatosa acuta hepatis, renum et cordis. Gangraena pulmonum post pneumoniam crouposam. Hypoplasia arteriarum et uteri.*

Obliczając rozmiary tętnic na 100 cm. wysokości ciała otrzymamy obwód tętnicy głównéj tuż po nad zastawkami 38·7 milim., co według Benekego z uwzględnieniem wieku choréj nie stanowiłoby o wąskości tętnicy, gdyby nie porównanie ze zbytnim obwodem tętnicy płucnéj. Za to obwód

tętnicy głównéj piersiowéj obliczony na 100 cm. wysokości wynosi tylko 22·5 milim., która to wartość według Beneckego jest wartością bezwzględnie małą.

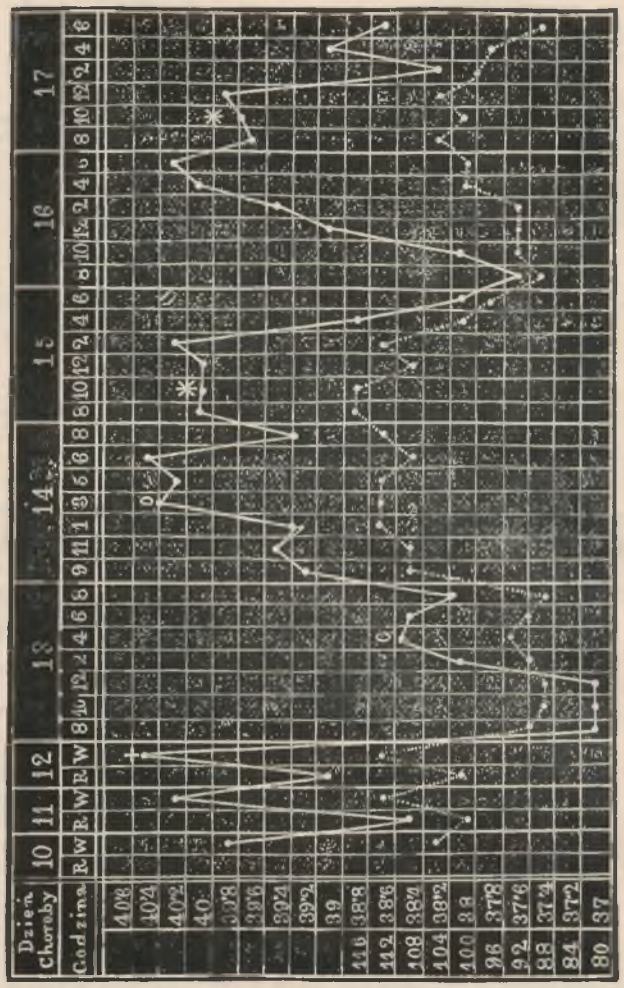
Przypadek III. Rozalija Ścisłowiczówna, lat 20 licząca, służąca, zamieszkała przy ulicy Grodzkiéj pod L. 113, gdzie w krótkim odstępie czasu kilkanaście przypadków duru brzusznego przydarzyło się, i gdzie wykryto znaczne zanieczyszczenie wody studziennéj (Przegl. Lek. 1879 str. 38). Ojciec umarł na cholerę, matka żyje. Sama poprzednio miała być zupełnie zdrową; z początkiem grudnia 1878 usługiwała choremu dotkniętemu durem brzusznym. Około 11go grudnia poczęła skarżyć się na ból głowy, który trwał do 23go grudnia, w dniu tym doznała silnego dreszczu, po którym nastała gorączka, osłabienie, biegunka, bębnica i bolesność brzucha. W dniu 1 stycznia 1879, a więc w dniu 10tym choroby chora przybyła do kliniki.

Badanie w dniu 2/II wykazało: Osoba 43 kilogr. ważąca, wątłéj budowy kośćca, skóra delikatna, blada, mięśnie wiotkie, podściółka tłuszczowa dosyć obfita ale wiotka. Twarz szczupła, blada, rychło się rumieni, błona śluzowa warg, dziąseł i policzków blada. Zęby karbowane, na brzegach przeświecające, język tylko w tylnéj części obłożony, wilgotny. Szyja cienka, długa; wyraźne buczenie nad żyłami szyjnemi. Klatka piersiowa długa, dość wąska i płaska; obojczyki cienkie więcéj poziomo ułożone. Stos pacierzowy w części grzbietowéj lekko wygięty na stronę prawą, a w części lędźwiowéj na stronę lewą. Prawa łopatka odstaje więcéj od stosu pacierzowego niż lewa. Odgłos wypukowy prawidłowy; przysłuch wykazuje wszędzie liczne furczenia i nieliczne rzężenia nieżytowe osobliwie po stronie lewéj. Plwociny bardzo skąpe śluzowe ropne, kaszel nieznaczny. Uderzenie serca rozlane w 3, 4 i 5tym przestworze międzyżebrowym, słabo macalne; wymiar poprzeczny stłumienia dochodzi do linii środkowéj mostka. Tętno 96 na minutę, dosyć miękkie; ciepłota 38·4° C. Na brzuchu kilka guzków różowych. Brzuch miernie wzdęty, przy ucisku tkliwy, w licznych miejscach kruczenie. Śledziona sięga od 8go żebra do łuku żebrowego, ale pod łukiem żebrowym nie jest namacalna. Stolce płynne kilka razy dziennie; apetyt tylko miernie upośledzony, pragnienia niema. Mocz oddany w ilości 200 cm. sz. niezupełnie przezroczysty, barwy czerwono-żółtéj, c. g. 1028, zawiera znaczną ilość moczanów i chlorki bardzo zmniejszone. W układzie nerwowym niema najmniejszych zboczeń: umysł zupełnie swobodny, chora czuje się bardzo mało osłabioną i z trudnością tylko daje się nakłonić do leżenia w łóżku.

Rozpoznano dur brzuszny u dziewczyny bledniczéj z łagodnym przebiegiem, a w rozbiorze przypadków podniesiono, że chora niezwykle dobrze oddziaływa na stan gorączkowy.

Przebieg tętna i ciepłoty okazuje obok umieszczona tablica.

Przebieg choroby streścić się daje w następujących słowach: Po obniżeniu się ciepłoty rannéj w dniu 13tym choroby do 37·0° C. pojawił się wieczór o godz. 10téj lekki dreszcz; rozmiary śledziony powiększyły się tak, że brzeg dał się pod łukiem żebrowym wymacać; guzki na brzuchu przybladły; nieżyt oskrzelowy się powiększył a chlorki stały się prawidłowe. — Dnia 6/I (15ty dzień choroby) tętno stało się miękkie i mniejsze, tony serca głuche a na końcach palców pojawiła się sinica, tak że podano choréj koniak w ilości 30 grm. na dobę. Chora przytém zupełnie swobodna i mimo ciepłoty 40·2° C. twierdzi, że czuje się silną i że wcale nie ma gorączki. — Dnia 7/I stwierdzono po stronie prawéj z tyłu u dołu osłabienie szmerów oddechowych obok



O 5 grm. salicynu. — 1 grm. chininu. * 2 grm. chininu.

liczniejszych rzężeń wilgotnych niedźwięcznych, a w odpowiedniém miejscu po stronie lewéj przytłumienie odgłosu i rzężenia suche obok zaostrzonego szmeru pęcherzykowego. Wymiar podłużny śledziony 18 cm., poprzeczny 9 cm. W moczu chlorki prawidłowe i po raz pierwszy ślad białka. W układzie nerwowym niema żadnych zmian. Podczas demonstracyi klinicznéj zwrócono uwagę na poczynające się osłabienie serca, mimo zupełnie zresztą dobrego stanu ogólnego; jako przyczynę ponownego podniesienia się ciepłoty w dniu 4/I przypuszczano nowy nawał choroby *(Nachschub)*, a nadto rozpoznano niedodmę dolnych tylnych części płuc skutkiem nieżytu oskrzelowego, nie wykluczając możebności ociekliny, osobliwie po stronie lewéj. — Dnia 8/I (17ty dzień choroby) chora całkiem swobodna mimo rozkazu oddawania stolca w łóżku udaje się na stolec o kilka kroków obok łóżka stojący. O godz. 10éj rano napad osłabienia znacznego, bardzo jednak krótko trwający. O godz. 6éj wieczór ciepłota 38·6°, tętno 88; chora leżąc w łóżku nie czuje się wcale osłabioną. O godz. 10éj chora schodzi sama z łóżka w celu oddania stolca, wraca o własnych siłach, kładzie się napowrót do łóżka i rozmawia z obok leżącą chorą; po chwili spada z łóżka bezwładnie i natychmiast życie kończy.

Badanie pośmiertne wykonane przez doc. Dra Browicza wykazało:

Wysokość ciała 166 cm. Skóra blada, na podbródku nieznaczne otarcie naskórka. Tkanka tłuszczowa dość dobrze utrzymana. Mięśnie blade, nieco suchsze; badanie drobnowidowe nie wykrywa w takowych żadnych zmian. Czaszka symetryczna, jéj wewnętrzna powierzchnia gładka okazuje tyl-

ko nieliczne, drobne, nierówne wyniosłości kostne. Opona twarda napięta, lśniąca, blada, opony miękkie cienkie, gładkie, przeświecające; w przestworach podpajęczych nieznaczna ilość cieczy surowiczéj jasnéj, zwoje mózgowe wyraźne. Miąższ mózgu na rozkroju przedstawia dokładne, odgraniczenie istoty korowéj od białéj; w téj ostatniéj nieliczne drobne ciemno-czerwone kreski i kropki, spójność prawidłowa. Komórki mózgowe prawidłowéj wielkości, wyściółka komórek blada, gładka. Błona śluzowa gardziela i krtani blada, gdzie niegdzie nieco różowawa. Płuca oba wolne, wielkości prawidłowej, opłucna lśniąca, gładka, blada. Niektóre miejsca osobliwie na brzegach płatów dolnych niżéj poziomu reszty płuc zapadłe, sinawe, na rozkroju płuca w tychże miejscach okazują zabarwienie ciemne obok znaczniejszéj zbitości i prawie zupełnego braku powietrza, podczas gdy pozostałe części płuc za uciskiem wydzielają dość znaczną ilość płynu surowiczego, pienistego, krwawego, oskrzela prawidłowe. Tętnica i żyły płucne wolne, wewnętrzna ich powierzchnia gładka. W jamie osierdziowéj ledwie ślad surowicy żółtawéj, nie mętnéj, osierdzie blade, gładkie. Serce w całości małe, skurczone, waży 215 grm. Mięsień sercowy blado-czerwony, nieco kruchy i bez połysku. Obie komórki prawidłowéj pojemności, lewa zawiera nieznaczną ilość krwi ciemno-czerwonéj płynnéj; w prawéj ani nawet śladu krwi lub skrzepów niema. Śródsierdzie i zastawki prawidłowe. Obwód wewnętrzny tętnicy płucnéj ponad zastawkami wynosi 70 milim.; obwód tętnicy głównéj w téj saméj wysokości 60 milim.; obwód aorty brzusznéj tuż ponad rozdziałem 30 milim.; a obwód tętnic biodrowych 20 milim. Wewnętrzna powierzchnia naczyń gładka, ściany widocznie bardzo cieńkie. Otrzewna lśniąca. W miednicy małéj liczne włókniste pasma w jamie Douglasa przebiegające i pociągające macicę nieco ku tyłowi. Wątroba wielkości prawidłowéj, przez cieńką, gładką torebkę prześwieca miąższ ciemno-brunatny, który tylko niewyraźny okazuje rysunek zrazików. Z naczyń większych wylewa się nieznaczna ilość krwi; na rozkroju miąższ prawidłowy co do wejrzenia i zbitości. Śledziona w trójnasób powiększona; torebka gładka, sina, miernie napięta. Miąższ jasno wiśniowo zabarwiony, nader nieznacznéj spójności, miazga z łatwością zeskrobać się daje. Nerki obie wielkości prawidłowéj, torebka z łatwością schodzi z powierzchni gładkiéj, na któréj w dość licznych miejscach widoczne drzewkowato nastrzykane naczynia. Na rozkroju istota korowa szerokości prawidłowéj, wyraźnie od piramid ciemno-czerwonych odgraniczona okazuje nader liczne ciemno-czerwone smugi lub kropki obok bardzo skąpéj ilości wąskich żółtawych pasków. Spójność nerek prawidłowa. Błona śluzowa żołądka w nielicznych miejscach i to na szczytach fałdów okazuje dość liczne, drobne, ciemno-czerwone kropki; gdzieniegdzie wielkości ziarn grochu dochodzące wybroczyny w błonie podśluzowéj usadowione. Błona śluzowa jelita cieńkiego okazuje w licznych miejscach wrzody aż do błony mięsnéj sięgające, osią dłuższą wzdłuż światła jelita ułożone, mające dno nierówne, strzępiaste, pokryte miazgą białawą, rozmiękającą. Brzegi nieco zgrubiałe i podminowane, blado-różowawe i bardzo dokładnie odgraniczone; długość powyższych wrzodów dochodzi 3 — 4 cm., szerokość 2 — 3 cm. Tu i owdzie widać prócz tych wrzodów guzkowate białawe wyniosłości wielkości dużego ziarna grochu, okazujące w środku lejkowaty, ku błonie mięsnéj dążący ubytek. Tak te wyniosłości jakoteż i guzki drobne szarawe, odpowiadające znacznie powiększonym odosobnionym gruczołom, otoczone są dość wyraźną obwódką nastrzykniętych naczyń. Nadto dość liczne rozrzucone kępki Peyera o wejrzeniu sitkowatém. Jelito grube okazuje tylko guzki wielkości grochu z rozpadem środkowym i znacznie powiększone gruczołki odosobnione. Gruczoły krezkowe tworzą znaczne guzy na rozkroju blado-szarawe lub różowawe, nader soczyste i miękkie. Otrzewna jelito cieńkie powlekająca okazuje w miejscach odpowiadających wrzodom na błonie śluzowéj nader liczne drobne guzki, wielkości główki od szpilki, miękkie, szarawe, obok żywo czerwono drzewkowato nastrzykanych naczyń. Jajniki znacznie powiększone, dość silnie pasmami włóknistemi do tylnéj ściany macicy przyczepione. Na rozkroju jajnik prawy okazuje duże ciałko żółte, którego dno wypełnione miazgą żółtawą, suchą. Przez ciałko to dojść można do ogniska, położonego między pasmami włóknistemi przyczepiającemi jajnik i trąbkę do tylnéj ściany macicy, wypełnionego miazgą żółtawą, na wpół płynną, ropiastą. Takież ognisko większe, bo przechodzące wielkość orzecha włoskiego, znajduje się w bliskości jajnika lewego między pasmami tenże jajnik do sąsiedztwa przyczepiającemi. Jajnik sam nietknięty, treść jego tworzy gęsta, zielonawa ropa. Błona śluzowa trąbek rozpulchniona, zgrubiała, pokryta w licznych miejscach wypociną żółtawą, łatwo zeskrobać się dającą. Macica nieco większa, mięsień blady, soczysty, wiotki, błona śluzowa prawidłowa.

Rozpoznanie anatomiczne: *Ileo- et colotyphus in stadio infiltrationis, partim ulcerationis. Hyperplasia glandularum mesaraicarum acuta insignis. Tumor lienis majoris gradus. Atelectasis disseminata pulmonis utriusque. Degeneratio parenchymatosa acuta cordis. Perioophoritis apostematosa bilateralis chronica. Salpingitis crouposa bilat. Lymphomata serosa ilei. Residua perimetritidis adhaesivae. Hypoplasia cordis et partim vasorum sanguineorum.*

I w tym przypadku obwód tętnicy głównéj, ponad zastawkami wynoszący 60 milim., w odniesieniu do wysokości ciała nie przedstawiałby nic nieprawidłowego, gdyby mu odpowiadał obwód tętnicy płucnéj. Skoro jednak obwód tętnicy płucnéj wynosił 70 milim., uważać należy aortę wstępującą jako nieprawidłowo wąską. Obwód aorty brzusznéj, tuż ponad rozdziałem na tętnice biodrowe, wynosił 30 milim., czyli na 100 cm. wysokości 18·7 milim., a obwód tętnic biodrowych 20 milim., czyli na 100 cm. wysokości ciała 12·5 milim.; przeto wartości te zbliżają się do obwodów, które Beneke uważa jako stanowczo za wąskie *(entschieden zu eng)*.

(Dokończenie nastąpi.)

II. O martwinie fosforowéj.

Napisał Dr. Rydygier,
docent chirurgii w Jenie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20).

Ale przejdźmy do zbijania argumentów, przez innych autorów przeciw wczesnéj operacyi podanych. Bardeleben (l. c.) i inni powiadają, że należy się pilnie wystrzegać wypiłowania i w ogóle wszelkiego wstrząśnienia, bo przez to wywołuje się rozpad nowo utworzonéj kości. Na zdanie to tyle odpowiedzieć możemy, że doświadczenie tak Langenbecka i Billrotha, jakoteż i nasze wykazuje, że wczesne wypiłowanie bynajmniéj nie przeszkadza tworzeniu się nowéj kości, ani też nie niszczy już utworzonéj, jeżeli tylko operujemy

pod okostną, a względnie odłączamy nowo utworzoną kość od starej, pozostawiając ją w związku z okostną. Billroth (l. c. str. 85) wspomina o przypadku, w którym leczenie wyczekujące tak dokładnie przeprowadzono, że połowa szczęki jako martwiak z policzka sterczała; mimo to kość nowa nieznacznie się tylko utworzyła, za to powstały liczniejsze blizny szpecące na policzku. Przyczynę nieznacznego wytworzenia kości nowéj upatruje Billroth w ropieniu, niszczącém obok kości staréj i nowo utworzoną. To właśnie zasługuje głównie na naszą uwagę, ropienie bowiem podtrzymywane czekaniem długiém obok innych szkód, które wyrządzamy choremu, niszczy nowo utworzoną kość; podczas gdy po operowaniu wczesném podokostnowém często tworzy się wcale znaczna część nowéj kości.

Zanim do dalszego wykazania zalet wczesnéj operacyi przystąpimy, wypada nam bliżéj określić, co przez wczesną operacyję rozumiemy. Nazywamy wczesną operacyją każdy rękoczyn podjęty przed zupełném oddzieleniem martwiaka; wyraz „wczesny“ znaczy więc tylko tyle, że nie czekamy, jak inni autorowie, tak długo, aż martwiak sam się zupełnie od reszty kości odłączy. Rozumie się, że w tém znaczeniu szeroko zakreślone są granice, bo też w każdym poszczególnym przypadku odpowiednio do jego właściwości należy pozostawić operatorowi wybór czasu do działania.

Nie miałem sposobności do badania w Jenie pierwszych początków martwiny fosforowéj, tj. okresu czystego zapalenia okostnéj; nie wiem też, jak Ried sobie w podobnych przypadkach postępował. Billroth (l. c.) radzi prócz świeżego powietrza, dobrego pokarmu i odwietrzania używać jodyny lub preparatów rtęciowych. Po takiém leczeniu ustąpiło w jednym przypadku zapalenie okostnéj nie wywoławszy martwiny. Rozumie się, że i my, chociaż przemawiamy za wczesną operacyją, w tym okresie nie podjęlibyśmy jéj i wyraźnie zastrzegamy się przeciw podobnemu pojmowaniu „wczesnéj“ operacyi. W przypadkach przezemnie w Jenie obserwowanych, jako też i dawniéj tam leczonych, zwykle gdy się chorzy zgłosili do kliniki, już był większy lub mniejszy kawałek kości obnażony, który łatwo można było wyczuć zgłębnikiem przez istniejące przetoki. Zwykle też część obnażona kości była już od nowo utworzonéj odłączona całkiem albo częściowo, a tylko z resztą staréj kości pozostawała w związku.

W tym okresie uważaliśmy podjęcie operacyi zawsze za usprawiedliwione, zwłaszcza gdy chorzy bez wyjątku o nią usilnie prosili. Nie tylko usprawiedliwioną, ale **k o n i e c z n ą** jest operacyja w tym okresie podług mnie wtenczas, jeżeli stan ogólny pogarszać się poczyna, bądź w skutek znacznych bólów, bądź też w skutek ropienia lub utrudnionego żucia. W okresie tym operowaliśmy nie czekając pogorszenia stanu ogólnego z następujących przyczyn:

1) Nie uważaliśmy przyczyn podawanych przeciw wczesnéj operacyi, jak to się już wyżéj wykazało, za uzasadnione, dlatego też nie mieliśmy powodu opierania się prośbom chorych żądających uwolnienia ich od bólów.

2) Podług mego zdania nie słusznem jest odwlekanie operacyi dopóty, dopóki nie nastąpią warunki nieprzychylne, tj. ogólne złe odżywianie; przeciwnie, właśnie dla operacyi powinniśmy podobnych złych stosunków unikać, a względnie przez operacyję ich powstaniu zapobiegać, co wprawdzie nie zawsze ale też nie zbyt rzadko nam się udaje.

3) Ostateczny wynik operacyi bywał zwykle lepszy, jeżeli szczękę w dwóch odstępach wypiłowaliśmy. Dlatego też jeżeli mieliśmy do leczenia martwinę jednéj połowy szczęki nieodgraniczonéj, nie czekaliśmy wcale ażeby i drugą połowę zajęła lub się odgraniczyła od niéj, ale wypiłowaliśmy chorą stronę; chorzy pozbywszy się na dłuższy czas swych bólów wzmocnili się tak dalece, że następną operacyję o wiele łatwiéj znosili.

4) Nareszcie wypiłowanie szczęki zajętéj martwiną fosforową dozwala tak dobrze rokować, że i pod tym względem żadnéj obawy zwykle nie mieliśmy. W Jenie żaden z operowanych nie umarł, mimo to że w czwartym przypadku wypiłowaliśmy obie połowy dolnéj i górnéj szczęki, jednę po drugiéj, i kawałek kości jarzmowéj, a chory nadto jeszcze nieszczęśliwym trafem dostał róży. Billrothowi także żaden z jego dwudziestu trzech operowanych nie umarł w skutek operacyi. Koenig podaje śmiertelność po wypiłowaniu szczęk martwiną zajętych na 5%.

Nadużyłbym cierpliwości szan. czytelników, gdybym w końcu chciał opisywać rozmaite sposoby i odmiany operowania przy rozmaitych wypiłowaniach i bliżéj nad niemi się zastanawiał; dlatego podam tylko ogólne zarysy, a w opisach choroby wspomnę, w jaki sposób w Jenie operowaliśmy. Nacięć skóry należy albo zupełnie unikać, albo takie wybierać, które o ile możności pozostawiają blizny najmniéj szpecące. Z téj też przyczyny wyjmowaliśmy, jeżeli tylko było można, martwą kość, torując sobie przez usta do niéj drogę.

P r z y w y p i ł o w a n i a c h ś r e d n i é j c z ę ś c i s z c z ę k i d o l n é j używaliśmy sposobu Malgaigna; podług niego wyjmuje się przez usta bez nacięcia wargi i brody chorą część kości. Koenig gani ten sposób dlatego, że wydzieliny nie mogą swobodnie odpływać, ale ta niedogodność jest wspólną wszystkim sposobom ochraniającym skórę, które właśnie Billroth zaleca przy martwinie fosforowéj i my też po nich nie spostrzegaliśmy nigdy złych następstw. W razach, w których było trudno tym sposobem kość wydobyć, operowaliśmy jak następuje: Na granicy części choréj nacinaliśmy części miękkie aż do kości po obu stronach na dolnym brzegu szczęki na 2 cm.; następowało odłączenie okostnéj od przedniéj i tylnéj ściany szczęki igłą resekcyjną lub wązką podważką, przepiłowanie kości po obu stronach piłką łańcuszkową lub ręczną, nareszcie zupełne odłączenie części miękkich i okostnéj najprzód od powierzchni przedniéj, następnie od tylnéj przez usta i wycięcie kości. Jeżeli i ten sposób dla jakiejkolwiekbądź przyczyny nie dał się zastosować, natenczas nacinaliśmy skórę i części miękkie odpowiednio dolnemu brzegowi szczęki dolnéj tak, że cięcie jeszcze o 1 cm. po obu stronach po za martwinę sięgało.

Powyższe trzy sposoby mają pierwszeństwo przed dawniejszém nacięciem prostopadłém wargi w jéj środku, ponieważ nie pozostaje po nich warga nakarbowana, ani, co ważniejsza, warga nie opuszcza się w kształcie łopatki. Już Busch z Bony na V zjeździe chirurgów niemieckich ostrzegał przed temi niedogodnościami i jako środek zapobiegawczy zalecał połączenie dolnéj wargi kilkoma głębokiemi szwami z językiem *(m. genioglossus)*.

Do wypiłowania całego trzonu szczęki dolnéj wystarczają zwykle dwa małe nacięcia na dolnym brzegu szczęki, na granicy, gdzie ma być kość przepiłowaną. Stósownie do tego, jak daleko martwina sięga, można te cięcia założyć przed lub za tętnicą szczękową zewnętrzną nie naruszając takowéj, kość wypiłowaną można z łatwością wyjąć przez usta.

Prócz tego sposobu, mianowicie jeżeli przewidywaliśmy trudności w wykonaniu, używaliśmy cięcia w kształcie pod-

kowy przebiegającego na dolnym brzegu szczęki i sięgającego o 1 cm. po za martwinę po obu jéj stronach (porówn. opis choroby Nr. 7 i 8). Pozwalam sobie tu namienić, że po wypiłowaniach średniéj części szczęki dolnéj bardzo dobre wyniki otrzymujemy, jeżeli piłować możemy w okolicy kła lub pierwszych zębów trzonowych: tworzy się natenczas po operacyi podokostnéj zwykle nowa kość, łącząca pozostawione części, a w skutek tego tylko nieznacznie mniéj broda wystaje. Przeciwnie po przepiłowaniu szczęki daléj w tyle zwykle nie następuje połączenie kostne daleko od siebie oddalonych pozostałych kawałków szczęki; mięśnie skroniowe i żwacze podciągają resztki szczęki do góry i na zewnątrz (a nie na wewnątrz, jak niektórzy twierdzą) tak, że się ułożą na zewnętrznéj stronie zębów górnych. W skutek tego powstają w policzkach guzy wystające szpecące, broda zapada, warga dolna opada i chory ust nie może zamknąć. W podobnych przypadkach przepiłowywa Ried szczękę dolną skośnie ku tyłowi i na dół przez zębodoły ostatniego zęba trzonowego, albo téż niemal poziomo przez podstawę wyrostków.

Wypiłowanie jednéj połowy trzonu szczęki dolnéj czasem udaje się przez usta, zwłaszcza jeżeli martwiak już się oddzielił a wtedy właściwie tylko sekwestrotomię wykonywamy. W każdym razie wystarczy cięcie na dolnym brzegu szczęki sięgające cokolwiek po za miejsce przepiłowania, bez cięcia prostopadłego przez wargę. W niektórych przypadkach można szczękę w środku przepiłować przez usta piłką łańcuszkową, a w okolicy kąta można tylko cięcie na 2 cm. długie zrobić i przez nie piłką ręczną lub łańcuszkową piłować, nareszcie przez usta martwiak wyjąć.

Wypiłowanie czyli raczéj wyłuszczenie jednéj połowy szczęki najstósowniéj wykonywa się za pomocą cięcia na dolnym brzegu szczęki sięgającego ku jednéj stronie o 1—2 cm. po za środek, a ku drugiéj do kąta szczęki, albo najwyżéj jeszcze o 1 cm. do góry. Błędem jest cięcie jeszcze wyżéj do góry przedłużać (może aż do ucha), jak dawniéj praktykowano; przed takiém przedłużeniem ostrzega téż i Busch, bo przecina się wtenczas nerw twarzowy. Następnie odłączamy w środku części miękkie od kości, jak powyżéj, i po wyrwaniu zęba przepiłowujemy kość. Potém odłączamy części miękkie razem z okostną najprzód od przedniéj, następnie od wewnętrznéj powierzchni kości tylko do otworu, przez który wstępują naczynia do szczęki, nie przecinając ich, przedtém bowiem trzeba odłączyć przyczep mięśnia skroniowego od wyrostka wroniastego naginając szczękę mocno ku dołowi. Teraz wykręcając szczękę na zewnątrz i zarazem na dół przecinamy dopiero naczynia i nerwy wstępujące do przewodu szczękowego i rozcinamy sustaw, trzymając się nożem przedniego wewnętrznego brzegu wyrostka kłykciowego. Po wykręcaniu wreszcie szczęki cokolwiek na zewnątrz wyłuszczenie jéj zupełne ze sustawu jest łatwém, jeżeli to jeszcze nie nastąpiło w skutek martwiny.

W podobny zupełnie sposób wykonywamy wypiłowanie całéj szczęki, powtarzając operacyję po obu stronach. Przepiłowanie w środku jest tu również potrzebne dla łatwiejszego wykonania operacyi.

W klinice chirurgicznéj w Jenie wykonywaliśmy, jak to już namieniłem, wypiłowanie całéj szczęki dolnéj zwykle w dwóch odstępach. Tym sposobem oprócz innych korzyści osiągnęliśmy i tę, że nie potrzebowaliśmy obawiać się zapadnięcia języka i znacznego szpecącego cofnięcia brody ku tyłowi. Zapadnięciu języka nadto jeszcze zapobiegaliśmy w ten sposób, że po operacyi układaliśmy chorego w położeniu na wpół siedzącém z głową ku przodowi i na bok nachyloną.

Wypiłowanie górnéj szczęki wykonywaliśmy podług rozmaitych sposobów dotychczas używanych bez znaczniejszych zmian, wybierając z pomiędzy nich odpowiedni w miarę przypadku. Namieniam tylko, że Ried zwykle używał piłki łańcuszkowéj, a tylko wyjątkowo ręcznéj.

Przypadek I. Höhn Fr. 19 l. licząca, córka wyrobnika z Lichtenau, była przedtém zawsze zdrową; ukończywszy szkołę utrzymywała się z pracy rąk. Od Bożego narodzenia 1876 r. zaczęła pracować w fabryce zapałek fosforowych, trudniąc się pakowaniem takowych w pudełka. Wstępując do fabryki miała zupełnie zdrowe zęby; już po 3-tygodniowém zatrudnieniu poczuła ból 4go dolnego lewego zęba trzonowego; dziąsła puchły i bardzo bolały. Niedługo potém i inne zęby zaczęły się chwiać, w końcu cały policzek znacznie napuchł i utworzyły się przetoki na dolnym brzegu szczęki. Mimo to chora dopiero w połowie czerwca zaprzestała pracy, natenczas bóle i znaczne ropienie tak bardzo jéj dokuczało, że udała się do kliniki o pomoc.

Badanie: Chora średniego wzrostu o silnych mięśniach i ze znacznym pokładem tłuszczowym. Lewa strona twarzy cała znacznie nabrzmiała, nie zaczerwieniona, nabrzmienie przechodzi i na prawą stronę. Trzy przetoki na dolnym brzegu lewéj połowy szczęki dolnéj wydzielają obficie ropę cuchnącą; zgłębnikiem dotykamy kości obnażonéj, chropowatéj. Chora tylko na 1 ½ cm. może otworzyć usta, zęby szczęki dolnéj wszystkie się chwieją, dziąsła sine, silne cuchnienie z ust; żucie zupełnie nie możliwe, mowa tylko nieznacznie zmieniona, reszta przyrządów zdrowa.

Dnia 19/11 1876 r. wypiłował Ried lewą połowę szczęki dolnéj. Chorą ułożono w zwykłém położeniu na wysokim stołku, ręcznikami przymocowano ją skierowawszy głowę cokolwiek na bok i naprzód, żeby zapobiedz przelaniu się krwi do płuc. Operacyję wykonał Ried w następujący sposób: cięcie od środka aż do kąta szczęki na dolnym jéj brzegu idące przedłużył na 1 cm. ku górze; tętnicę szczękową silnie krwawiącą podwiązał; szczękę z téj rany po odłączeniu okostnéj i nowo już utworzonéj kości z łatwością wydobył. Ciepłota pierwszego dnia wieczorem podniosła się do 39,4. 1/12 szwy wyjęto; 2 kawałki kości odłączyły się od powierzchni przepiłowanéj.

15/12. Chora dotychczas wybornie się mająca zaczyna teraz uskarżać się na ból zębów prawéj szczęki.

2/1. Róża na lewéj stronie twarzy, ciepłota 40,2. Po tygodniu róża zająwszy skórę na całéj głowie znikła. W lutym bóle zębów w pozostałéj prawéj połowie szczęki się powiększyły; oraz szczęka była ruchomą.

21/2 1878 wyłuszczono i tę połowę w podobny zupełnie sposób, jak pierwszą. Tętnica szczękowa zewnętrzna nie krwawiła. Ciepłota pierwszego dnia podniosła się do 39,4; po 3ch dniach była prawidłową.

Około połowy marca rana zupełnie się zagoiła. Twarz tylko bardzo nieznacznie zeszpecona; broda bardzo dobrze wystaje. 4go kwietnia opuściła chora klinikę wyleczona. Po 2ch miesiącach na nowo ją badaliśmy, była zupełnie zdrową. W lutym rb., więc blizko po roku, jeszcze raz chorą widzieliśmy przy sposobności, gdy tu przybyła, ażeby sobie dać wprawić sztuczną szczękę; jest zawsze zupełnie zdrową i czerstwą, szczęka górna zdrowa.

Wracając jeszcze raz do „recydywy" Bryka widzimy, że czekaliśmy i w tym przypadku na dalsze postępowanie

martwiny, a nawet się tego spodziewaliśmy, ale mimo to wykonaliśmy operacyję raz dlatego, żeby chorą na pewien czas od bólów uwolnić, a powtóre, żeby osiągnąć zgrabniejszą brodę nową. Broda bowiem daleko ładniéj się utworzy, jeżeli najprzód jednę połowę szczęki wyłuszczymy, pozostawiając drugą dopóty, dopóki się nowa kość nie utworzy i blizna świeża nie wzmocni. Natenczas po wyjęciu drugiéj połowy szczęki ta nowo utworzona tkanka, względnie kość, jest już tak silną, że może znowu ze swéj strony służyć za podporę.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Zaraza błonicowa czyli dyfteryja podług Dra Oertla i Dra Steinera dla wiadomości ojców i matek. Kraków 1879, w 8ce, str. 39.

Zwykle lekarze biorą popularne książki lekarskie z uprzedzeniem do ręki, wiedząc, jak wielką one szkodę przynoszą zdrowiu chorych, bądź to szkodząc wprost, bądź też przez to, że opóźniają wezwanie lekarza, a wreszcie, że książki te utrudniają stanowisko lekarzy; dla tego też słusznie powiedział P. Niemeyer, że książki lekarskie dla nielekarzy są plagą społeczeństwa. Odnosi się to jednak do książek, które zawierając niby przepisy leczenia mają w mniemaniu ogółu zastępować lekarzy, a takie zasługują też bezwzględnie na potępienie i z tego powodu, że sieją nieraz niepotrzebnie postrach. Broszurki natomiast mające na celu szerzenie zasad higijeny, obznajmianie z nowszemi metodami leczenia, omawiające pielęgnowanie chorych itd., nie podające zaś żadnych przepisów leczenia na szczegółowe choroby, są pożyteczne i przez lekarzy pożądane. Do rzędu tych ostatnich zaliczyć wypada broszurkę, któréj tytuł wyżéj podano. Autor kreśli w niéj najprzód wiernie objawy lekkiéj i ciężkiéj postaci błonicy, jéj przebieg i następstwa, w które ta choroba tak obfituje, a daléj stosunek zmian miejscowych do choroby ogólnéj, przechodzi potém do sposobu szerzenia się, przyczém tłumaczy w sposób bardzo odpowiedni znaczenie usposobienia do chorób. Z lekka dotyka następnie leczenia, omawiając w ogólności tylko, jakich środków i w jakim celu lekarze używają, nie podając zaś żadnych wskazań. W końcu obszerniéj traktuje autor rzecz o pielęgnowaniu chorych, podaje jak obchodzić się przy czyszczeniu kaniuli po przecięciu krtani, jak zakładać tampony w krwotokach z nosa, jak przestrzykiwać itd., w ogóle wiele szczegółów, których zwykle lekarz musi uczyć otaczających chorego.

Z tego krótkiego przeglądu treści poznać można, co autor zamierzył, a mianowicie: obznajomić nielekarzy z chorobą tak groźną, jak błonica, ułatwić lekarzom ich zadanie, przygotować im grunt, aby nie napotykali na opór przy stosowaniu energicznych zabiegów terapeutycznych, gdy tego zajdzie potrzeba, jak np. przecięcie krtani itd. Opierając się na powadze Oertla i Steinera w bardzo stosowny sposób zdąża autor do tego chwalebnego celu, życzyćby więc należało, aby broszurka ta jak największe znalazła rozpowszechnienie, a rękę do tego powinni przyłożyć lekarze, których uwadze ją polecamy.

Broszurki podobnéj treści są bardzo rozpowszechnione w Anglii i przynoszą nieobliczony pożytek; zwracamy się przeto do wydawcy z życzeniem, aby nie poprzestał na wydaniu téj jednéj brosurki, lecz aby stanowiła ona początek dalszego wydawnictwa w podobnym rodzaju.

Dr. Grabowski.

Dr. A. Hirschfeld: **Diätetik für Nervenkranke mit Berücksichtigung der neuesten wissenschaftlichen Untersuchungen gemeinverständlich dargestellt.** Wien. Toeplitz et Deuticke. 1877. 8vo, str. 40.

Broszurka, z któréj zdajemy sprawę, napisaną została przez lekarza zamieszkałego w Wiedniu, a pochodzącego z naszego miasta; przeznaczoną jest więcéj dla ogółu, niżli dla lekarzy, lubo i ostatni przeczytają ją nie bez pożytku. Cały przedmiot mieści się w 8 rozdziałach. Na początku zastanawia się autor nad znaczeniem i potrzebą stosownéj dyjety dla osób nerwowych za powód dzisiaj tak rozpowszechnionych cierpień nerwowych, słusznie uważa obecne stosunki społeczne, życie siedzące, pracę umysłową, wpływy zewnętrzne silnie działające na stronę moralną ustroju, zawieranie małżeństw po większéj części dla interesu, w późniejszém życiu rodzinném, nieraz dające powód do nieporozumień i drażnienia układu nerwowego zwłaszcza u kobiet; nieodpowiednie stosunki higijeniczne w miastach, szczególniéj większych, wreszcie usposobienie dziedziczne. Daléj zastanawia się nad znaczeniem nerwów w ustroju, ich działalnością, przechodzi pobieżnie zboczenia i choroby nerwów czulnych, nerwów ruchowych, mózgu, rdzenia pacierzowego i w ogóle całego układu nerwowego. Następnie przechodzi do pokarmów najstosowniejszych dla osób nerwowych, zastanawia się nad mlekiem, mięsem, jajami i pokarmami roślinnemi: mocne rosoły, zawierające wiele istót wyciągowych, nie zawsze uważa za stosowne dla osób nerwowych, jaja zaleca zwracając uwagę, że w żółtku znajduje się obok innych istót pożywnych, właściwe połączenie gliceryny z kw. fosforowym, stanowiące część składową mózgu i tkanki nerwowéj. Daléj przechodzi napoje wyskokowe, kawę, herbatę, czekoladę, dozwalając ich użycia tylko bardzo ostrożnego i to nie zawsze. W dalszym ciągu zastanawia się nad pracą i wypoczynkiem, stosunkami płciowemi, snem i środkami nasennemi; wreszcie przechodzi pokrótce środki lecznicze, a mianowicie leki apteczne, wody i kąpiele mineralne, oraz leczenie za pomocą wody zimnéj, elektryczności, magnetyzmu i metaloterapii.

Za główną zaletę pisemka uważam, że jako przeznaczone dla ogółu, nie zapuszcza się wcale w zalecanie leków, lecz zwracając uwagę na odpowiednie zachowanie dyjetetyczne, przemawia za potrzebą stosownego leczenia się pod kierunkiem rozsądnego lekarza. Nadto jakkolwiek oparte na podstawie naukowéj, od któréj nigdzie nie zbacza, napisane jest w sposób przystępny i zrozumiały dla każdego.

W. Ściborowski.

T. Hering (w Warszawie): **Wydobycie igły z lewéj fossa pyriformis.**

H. podaje przypadek uwiązgnięcia igły w lewéj *fossa pyriformis*, który ze względu na sposób uwiązgnięcia i wydobycia jest godnym uwagi. Ośmnastoletnia dziewczyna połknęła w napadzie kaszlu igłę nawleczoną nitką w dniu 27 sierpnia r. z.; przywołany chirurg urwawszy nitkę przy usiłowaniu wydobycia igły téjże wydobyć nie zdołał. W 8 dni przywołany późniéj H. znalazł stan następujący: Łuki podniebienne po stronie lewéj i języczek mocno zaczerwienione

i obrzękłe, chora, która już od 8 dni pokarmów nie używała z przyczyny nader bolesnego połykania, bardzo była drażliwa i z powodu obfitego nagromadzenia śluzu w połyku wziernika nie znosiła, głos miała ochrypły, ślinienie znacznie powiększone, skarżyła się na mocny ból w lewéj połowie szyi. Lewa chrząstka nalewkowa i *ligamentum aryepiglotticum* obrzękłe w skutek czego dołek gruszkowaty znacznie zwężony. Po usunięciu nagromadzanego śluzu spostrzegł H. w głębi téjże zatoki ciemną rysę w poprzecznym kierunku na dnie od tyłu ku przodowi przebiegającą, około 4 mm. długą, a badanie zgłębnikiem stwierdziło obecność igły tamże, utkwionéj jednym końcem w lewéj chrząstce nalewkowéj, drugim w tarczykowéj, miejsce bolesne na szyi odpowiadało zupełnie siedzibie igły. Usiłowania wydobycia igły przy pomocy wziernika z przyczyny występujących napadów kaszlu spełzły na niczém. Zalecono przeto pigułki lodowe i zimne okłady na szyję, a następnego dnia drażliwość i obrzmienie się zmniejszyły, tak że wziernik dał się wprowadzić, lecz mimo to igły przy jego pomocy wydobyć nie było można. H. wprowadził zatém palec wskazujący prawy głęboko aż do *fossa pyrif.* wyczuwając nim wyraźnie igię, po palcu wprowadził kleszczyki, któremi ją ująwszy usiłował wydobyć ruchami bocznemi w kierunku płaszczyzny chrząstki tarczykowéj, ale nadaremnie, igła mocno była wklinowaną i nieruchomą. Należało przeto igłę złamać, co też uskuteczniwszy wydobył H. 26 mm. długi odłamek igły z uchem zaczerniały. Chora wypluła cokolwiek krwi, czuła się jednak swobodniejszą i napiła się cokolwiek wina. W 4 godziny później spostrzegł przy użyciu wziernika drugi odłamek tkwiący w chrząstce tarczykowéj, który pincetą krtaniową wydobył, ten miał długości 14 mm. Dnia następnego chora miała się bardzo dobrze, połykanie swobodne, głos czysty, tylko lewa chrząstka nalewkowa cokolwiek była obrzękła. (*Wien. med. Presse 1879*, Nr. 11). *Kr.*

Praetorius: **Ostre zatrucie kwasem karbolowym przez wessanie.**

P. podaje przypadek zatrucia kwasem karbolowym u choréj 51 lat liczącéj, która od kilku dni cierpiała na rozwolnienie; ponieważ środki podawane nie były w stanie tegoż powstrzymać, zastósował P. wypłókanie kiszki kwasem karbolowym. Zmięszawszy $^1/_4$ litra 1% rozczynu kwasu karbolowego z $^1/_3$ litra wody gorącéj, wpuścił rozczyn za pomocą irygatora Hegara do kiszki odchodowéj; zaledwie jednak $^1/_3$ część téjże mięszaniny (zaledwie $^1/_2$%) do kiszki się dostała, a już chora poczęła się uskarżać na szum w uszach, zawrót i osłabienie. Przerwano tę manipulacyję, zalecono choréj przeć jak przy oddawaniu stolca, który też nastąpił. Objawy omdlenia nie ustawały jednak, przeciwnie zaczęły się wzmagać, pomimo podawania choréj wina, mimo nacierań wódką kolońską i zimnych okładów. Zastósowano zatém powtórne wypłukanie kiszki ciepłą czystą wodą, poczém nastąpiło małe zwolnienie przypadów. Szum w uszach i osłabienie trwały jednak jeszcze około 2 godzin, następstw innych nie było; biegunka zupełnie ustała. (*Berl. klin. Wochenschrift 1879*, Nr. 15). *Kr.*

M. C. Pick: **Wdmuchiwanie kalomelu w worek spojówkowy oka w celu usunięcia bólu powstałego po przyżeganiu kamieniem sinym.**

P. Odkrył przypadkiem działanie kalomelu, którego dotychczas jeszcze nie można wytłumaczyć. Niewiadomo bowiem jeszcze, czy proszek kalomelu działa czysto mechanicznie, jak każdy inny bardzo miałki pył obojętnie działający, lub też chemicznie. P. przekonał się, że w parę minut po przyżegnięciu spojówki powiek kamieniem sinym kalomel wdmuchnięty natychmiast usuwa ból dość przykry, którego chorzy doświadczają przy tém leczeniu. Po kilku dniach podobnego postępowania można według niego i zaraz wdmuchiwać kalomel, przyczém siny kamień nie traci nic na swojéj skuteczności. (*Centralbl. für med. Wiss.* Nr. 45, 1878).

Dr. M. Ż.

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z d. 3 kwietnia 1879.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Jerzykowski opowiada o dwóch przypadkach kiły (jeden z objawami trzeciorzędnemi, drugi z objawami wtórorzędnemi), w których jodoform stósunkowo szybkie i znakomite oddał usługi. Dr. Kaczorowski namienia, że w tego rodzaju przypadkach nie widział żadnych dobrych skutków po jodoformie, mianowicie w zajęciach błon śluzowych. Również Dr. Zielewicz stósując niedawno temu jodoform u dziecka dotkniętego kiłą, żadnego po nim nie widział rezultatu.

3) Następnie Dr. Kaczorowski podniósłszy już dawniéj myśl, ażeby na posiedzeniach Towarzystwa koledzy udzielali sobie nawzajem wiadomości o panujących czasowo chorobach, namienia, że się od kilku tygodni pojawił znów dur powrotny, poprzedzony jak zwykle durem osutkowym. Choroba, któréj pierwsze okazy przynieśli włóczęgi, dotyka tutaj w mieście wyłącznie źle odżywionych opilców; w szpitalu nagabnęła dozorcę i dwie dozorczynie, co świadczy, że się łatwo można zarazić przy dłuższym stykaniu się z chorymi. Obecne przypadki różnią się od dawniéj spostrzeganych (podczas epidemii w r. 1868 i 1869) mniéj wyraźném na wstępie obrzmieniem śledziony, którą dawniéj odrazu palcami wymacać było można, tak że w pierwszych dniach choroby niepodobna było odróżnić jéj od poczynającego się duru wysypkowego. Również przy zakończeniu choroby w dniu przesilenia, albo w przeddzień tegoż przy opadającéj już ciepłocie, poniekąd występuje podobny obraz, jaki postrzegano przeszłego roku na schyłku duru osutkowego, tj. lekka żółtaczka połączona z nieustającemi wymiotami żółciowemi (nieraz także z podobną biegunką), wstrzymaniem wydzielania moczu i wygórowaną tkliwością brzucha, mianowicie przy naciśnieniu ogromnie powiększonéj śledziony, znacznie pod łukiem żebrowym występującéj wątroby i okolic nerkowych (*biliöses Typhoid*). Dotychczas wszystkie takie przypadki zakończyły się śmiercią, a oględziny pośmiertne wykazały wielkie gruczoły brzuszne nie tylko zwiększone znacznie, ale w stanie zupełnego rozmiękczenia miąższu, który można było palcem przedziurawić. Ciekawym nadto objawem gorączki powrotnéj jest szczególniejsza jéj odporność w obec zimnego powietrza. Ciepłota przechodzi często 41° C. w pierwszych dniach, pomimo że chorzy prawie na mroźne narażeni bywają powietrze. Dopiero w ostatnich dniach następuje wolny spadek ciepłoty z nie zbyt obfitemi potami, tak jak się napotykać zwykło w durze osutkowym przy stósowaniu zimnego powietrza. W ostatnim czasie zauważył Dr. K. także trzy przypadki duru, w których od samego początku wystąpiło nieżytowe zapalenie płuca jednego (mierne stłumienie opukowe, drobne zaostrzenie rzężenia po całém płucu, plwociny białkowate, nieraz krwią zabarwione) i górowało przez trzy tygodnie nad całą sprawą chorobową, która zwiększoną śledzioną i nieznacznym tylko nieżytem przewodu pokarmowego (grubo obłożonym, zwolna łuszczącym się językiem, wzdęciem brzucha, kruczeniem w okolicy kiszki ślepéj, lekką biegunką albo zaparciem stolca) zdradzała zarówno charakter duru jelitowego. Przypadki takie, chociaż teraz rzadko się wydarzające, usprawiedliwiają poniekąd przypuszczenie przez dawniejszych

autorów płucnéj formy durowéj (*pneumotyphus*), o któréj nowoczesna patologija nic już wiedzieć nie chce.

4) Następnie Dr. Świderski namienia w krótkości o dziewczynie, która w 15 dni po przebyciu odry dostała silnéj gorączki i mocnego zaczerwienienia w gardle. Na drugi dzień wystąpiła szkarlatyna. ogromne bóle w odnogach, w moczu białko i błonica w gardle. Jest to już trzeci przypadek, który Dr. S. w krótkim czasie spostrzegał, a w którym tuż po odrze następowała szkarlatyna.

5) Sekretarz zawiadamia, że Dr. Krówczyński ze Lwowa nadesłał Towarzystwu w darze następujące dzieła: *a) Der Verlauf einer syphilitischen Erkrankung bei Zwillingsbrüdern. b)* O zachowaniu się chorych syfilitycznych podczas leczenia wcieraniami rtęciowemi. *c)* O metodzie leczniczéj zwanéj Goerbersdorfską. *d)* Zapiski kazuistyczne. Na tém posiedzenie zakończono. *Dr Jerzykowski* sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne IX. z dnia 23go kwietnia 1879 roku.

Przewodniczący kol. Ściborowski. Obecni: Członek honorowy protomedyk Biesiadecki, członków czynnych 60, 2 członkowie korespondenci i dwudziestu kilku gości.

1) Kol. przewodniczący zagajając posiedzenie powitał w imieniu Towarzystwa protomedyka Dra Biesiadeckiego, jako szczęśliwie powracającego z niebezpiecznéj wyprawy w nawiedzone zabójczą zarazą prowincyje rosyjskie. podjętéj z godną uznania i czci gotowością i poświęceniem dla dobra ludzkości i nauki; oraz podziękował mu, że nie zapominając o naszém Towarzystwie przybył, aby się z niém podzielić owocami swych spostrzeżeń.

2) Kol. Dr. Biesiadecki miał dwugodzinny wykład, zdając sprawę z przebiegu dżumy w gubernii astrachańskiéj w zimie 1878/9 (zamieszczono w całości w Przeglądzie Lek. w Nrach 19 i 20).

3) Wybrano Dra Wiktora Szokalskiego w Warszawie członkiem honorowym Towarzystwa.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Skórkowski.*

Posiedzenie Xte z d 3go maja 1879 r.

Przewodniczący kol. Ściborowski. Obecnych członków czynnych 14.

1) Kol. przewodniczący odczytał list odebrany od Dra Szokalskiego z Warszawy, z serdeczném podziękowaniem za życzenia przesłane mu drogą telegraficzną w imieniu Towarzystwa w dzień obchodu 25-letniego jubileuszu zawodu jako lekarza naczelnego instytutu oftalmicznego.

2) Tenże zawiadamia, że napisał do wdowy po śp. kol. Falęckim list kondolencyjny w imieniu Towarzystwa z dołączeniem wspomnienia o śp. Falęckim zamieszczonego w Nrze 18 Przeglądu Lek.

3) Wybrano na członków czynnych Towarzystwa: Dra Maksymilijana Kohna i Dra Wincentego Świątka, a na członka korespondenta Dra Franciszka Gumowskiego w Dzikowie

4) Przedstawiono na członków czynnych Towarzystwa Dra Michała Śliwińskiego i Dra Józefa Szpilmana.

5) Zatwierdzono wybór Dra Lutostańskiego na członka nadzwyczajnego Komisyi balneologicznéj.

6) Kol. przewodniczący składa do biblioteki Towarzystwa rozprawy nadesłane, a mianowicie 1) od Dra Dobrskiego „Poglądy warszawskiego Towarzystwa lekarskiego w przedmiocie zabezpieczenia Warszawy i Królestwa Polskiego od wybuchu dżumy etc“ (odbitka ze „Zdrowia“); 2) od Dra Lutostańskiego „Wnioski w sprawie zaopatrzenia m. Krakowa w wodę“ i 3) „Sprawozdania z posiedzeń Kom. balneologicznéj za rok 1878.“

7) Kol. przewodniczący przedkłada w imieniu kol. prof. Blumenstoka następujące sprawozdanie z czynności Komisyi wybranéj przez Tow. Lek. krak. celem podania wyciągów do rocznika Virchowa i Hirscha z prac lekarskich polskich w r. 1878 ogłoszonych.

Przewodniczącym Komisyi był kol. prof. Oettinger, który tak jak w poprzednich latach podpisany będzie na wszystkich wyciągach; obowiązki sekretarza pełnił kol. Machek. Na termin oznaczony Komisyja wygotowała i przesłała do Berlina wyciągów 129. Autorowie, których prace z wyciągu podano, są następujący:

Aristow, Astaszewski, Blumenstok (3), Brodowski (4), Browicz, Bylicki, Chądzyński, Chudziński, Dembowski, Dobieszewski, Dobrzycki, Dogiel, Dymnicki, Ehrlich, Fabian (2), Feigel (3), Fritsche, Fudakowski (2), Gajkiewicz, Goldhaber (2), Hering. Jakubowski, Janikowski, Jarnatowski, Jasiński, Jerzykowski, Jodko-Narkiewicz (4), Kadyi, Kostański, Köhler (2), Kopernicki, Kopff, Korczyński (3), Korzeniowski, Kowalewski i Nawrocki, Kramsztyk, (2), Krówczyński, Kwaśnicki (3), Laskiewicz (2), Malcz, Marynowski, Markiewicz (2), Matlakowski (2), Mayzel (3), Mendelssohn, Modrzejewski, Nawrocki (3), Obaliński (2), Oettinger (2), Opolski, Ossowicki, Perkowski, Ponikło (3), Przeździecki, Radek (2), Rehan. Reifer, Rieger, Rogowicz (2), Rothe (2), Rydel, Rydygier, Sawicki E. Sawicki-Stella, Ściborowski (2), Serkowski, Skórczewski (2), Smoleński. Sokołowski, Stankiewicz, Świderski (2), Świeżawski, Szczepański, Szokalski (3), Talko, Trembecki. Wagner. Wicherkiewicz. Wilczewski, Wojciechowski, Wurst. Wyrzykowski, Żebrowski, Zieleniewski, Zielewicz (2)

Uwaga. Cyfry obok niektórych nazwisk umieszczone oznaczają liczbę prac autora.

8) Kol. Kwaśnicki odczytał uwagi o żółtaczce noworodków i o wyborze stósownéj chwili do podwiązania pępowiny podług najnowszych zapatrywań Dra Poraka (będą umieszczone w Przeglądzie Lek.)

W dyskusyi kol. Wiszniewski podnosi, że kwestyja podwięzywania pępowiny jest ciągle otwarta. Prawie wszyscy dotychczasowi autorowie przychodzą co do chwili podwiązania do przeciwnych wniosków; ze stanowiska praktycznego powiedzieć jednak można, że podwiązanie pępowiny, kiedy tętnienie w niéj ustaje, jest zupełnie odpowiedniém Kol. Kwaśnicki sądzi, że praktyczna uwaga kol. Wiszniewskiego zgadza się zupełnie ze spostrzeżeniami Poraka; z których wynika, że najkorzystniéj podwięzywać pępowinę z końcem 2giéj minuty po urodzeniu dziecięcia. kiedy serce noworodka nabrało już pewnéj dzielności kurczenia się, a macica matki nie zaczęła się jeszcze kurczyć; wskazówką téj chwili jest właśnie ustanie tętnienia w pępowinie. Jeżeli późniéj podwięzujemy pępowinę, skoro macica już się zaczyna kurczyć, to ta musi wtłaczać krew z łożyska do ciała noworodka. Kliniczne spostrzeżenia pouczają, że wówczas dzieci przybierają barwę ciemniejszą, doznają duszności. spostrzeżenia zaś hematologiczne przekonywają. że bez względu na ilość ciałek we krwi noworodka po podwiązaniu pępowiny w 7mym dniu życia ilość ciałek krwi się wyrównywa; a więc, że gdzie więcéj było ciałek krwi tam i więcéj musi być zniszczonych, jeżeli jest przytém nadmiar, tworzy się według Poraka barwik hemafein. Kol. Wiszniewski namienia, że w jednym z ostatnich numerów czasop. *Centralblatt für Gynäkologie* znajduje się artykuł Dra Mayera z Kopenhagi o stósownéj chwili podwiązania pępowiny, którego wnioski zbliżają się do zasad Poraka a przeciwne są zapatrywaniom Schückinga i Zweifela.

9) Kol. Zarewicz odczytał trzecią część swéj pracy „o wyróżnianiu wrzodów wenerycznych części płciowych ze stanowiska klinicznego:“ będącą dokończeniem rozprawy.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Skórkowski.*

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie Vte z dnia 12go marca 1879 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 13.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia

1) Przewodniczący odczytuje list p. Denglera burmistrza w Reinerz i przewodniczącego Zjazdu balneologów szląskich, w którym tenże zawiadamia Komisyję o ulepszeniach już w Reinerz istniejących lub w projekcie będących, tudzież, że zdrojowisko to oraz zjazd szląskich lekarzy zdrojowych z chęcią wejdzie w stosunki z krakowską Komisyją balneologiczną.

2) Następnie przewodniczący zawiadamia o przystąpieniu Dra Jana Ziembińskiego do grona członków Komisyi.

3) Sekretarz w imieniu podkomisyi referuje w sprawie budowy łazienek borowinowych w Krynicy. Kom. baln. stósownie do życzenia Dyrekcyi dóbr i lasów rząd., objawionego w odezwie téjże dyrekcyi z d. 15 października 1878 r. Nr. 13022, zajęła się wypracowaniem programu budowy nowych łazienek borowinowych w Krynicy, według nowego systemu, o którym pobieżnie wspomniała w swoim referacie do Nru 530. Skoro jednak Dyrekcyja dóbr i lasów rząd. wbrew dawniejszéj uchwale postanowiła budować przyszłe łazienki w miejscu pierwotnie obraném (odezwa Nr. 2725), na południo-zachód od dzisiejszych łazienek położoném, przeto Kom. baln. uchwaliła zastósować się do tego życzenia Dyrekcyi, tém bardziéj, iż Dyrekcyja dóbr i lasów stanowczo również odstąpiła od budowania nowych łazienek borowinowych według systemu zdaniem Kom. baln. najlepszego. Przerywając więc tok swych prac w tym przedmiocie komisyja balneologiczna uważa za obowiązek namienić, iż przyszłe łazienki borowinowe w Krynicy nie mogą być wybudowane według szkiców nadesłanych Komisyi; nie odpowiadają one bowiem w zupełności wymogom spółczesnéj balneotechniki, higijeny i wygody chorych. Przy téj sposobności Kom baln. wyraziła życzenie: 1) aby wyzyskać ile można niestósowną miejscowość pod budowę nowych łazienek obraną, w taki sposób, iżby jak najmniéj było zaułków; 2) wypracować szczegółowe plany według jednego z wzorów przez Kom. baln. podanych, w taki sposób, aby osobny korytarz służył dla chorych, a osobny do wtaczania i wytaczania wanien; 3) uwzględnić w przyszłéj budowie niezbędną wentylacyję izb łaziebnych; 4) aby każda łazienka składała się z dwóch części: gabinetu do rozbierania się i właściwéj łazienki; 5) aby w przyszłym budynku łaziebnym znajdowały się wychodki odrębne dla mężczyzn i kobiet.

4) Dr. J. Ziembiński podaje wiadomość o nowym zakładzie dla leczeń dyjetetyczno-powietrznych, zarazem zakładzie wodoleczniczym w Lgotce pod Cieszynem na Szląsku austryjackim. Zakład ten istnieje od lat dwóch, wyniesiony jest na 440 m. nad pow. morza i leży u podnóża Beskidów. Posiada on urządzenia zgodne z dzisiejszemi wymaganiami, zaopatrzony jest w wodociągi i uwzględnia wszelkie możliwe higijeniczne warunki dla pobytu chorych piersiowych.

Przewodniczący podnosi dogodności tego zakładu z powodu łatwéj komunikacyi, łatwości zaopatrzenia w żywność, tudzież dogodności wynikające z odpowiedniego tegoż urządzenia. Ponieważ jednak Dr. Ziembinski podaje tymczasową wiadomość, z całą otwartością wytykając wszelkie zalety i wady zakładu, którego kierunek objąć zamierza, przeto prof. Dr. Korczynski spodziewa się, iż przyszły kierownik 1) urządzi niezupełną stacyję meteorologiczną, 2) zbada stosunki wody gruntowéj, za pomocą odpowiednich otworów wiertniczych, a tém samém wilgotność gruntu, 3) urządzi zakład zamknięty, 4) rozszerzy środki lecznicze. Dr. Warschauer w myśl uwag przez przewodniczącego poczynionych zapytuje się, czy jest woda w dostatecznéj ilości i jakich przymiotów, daléj czy można w Lgotce urządzić kąpiele piaskowe? Dr. Sciborowski zapytuje się o stosunki panujących wiatrów i czy są lasy w pobliżu, oraz o wilgotność gruntu w ogóle. Po udzieleniu odpowiedzi na poczynione pytania Dr. Ziembiński zawiadamia Komisyję, iż ma zamiar w Lgotce urządzić kąpiele borowinowe, z borowiny znajdującéj się w znacznéj ilości, któréj rozbiór chemiczny powierzył prof Drowi Olszewskiemu. Prof. Dr. Olszewski nie znając miejscowych stosunków nie może opisać szczegółowo miejscowości, z któréj borowina pochodzi i na jakiéj znajduje się przestrzeni. Co do składu chemicznego namienia, że z 3042 grm. borowiny w stanie wilgotnym otrzymał 1000 grm borowiny wysuszonéj w cieplocie 150° C. W 1000 cz. téj borowiny znajdowało się:

Ciał organicznych w ogóle . . .	639.40 grm.
„ rozpuszczalnych w wodzie .	17.22 „
„ nierozpuszczalnych w wodzie	343.38 „

W skład ciał rozpuszczalnych w wodzie wchodzi siarkan wapniowy, potasowy, magnowy, chlorek sodu i chlorek litu w znaczniejszéj nieco ilości. Dr. Skórczewski podnosi szczęśliwe połączenie kąpieli borowinowych z leczeniem wodą zimną, które będzie dokończeniem rozpoczętéj kuracyi za pomocą kąpiel borowinowych i rokuje zakładowi w Lgotce z tego powodu świetną przyszłość.

5) Dr. Skórczewski wreszcie odczytuje dalszy ciąg swéj pracy o działaniu kąpieli borowinowych, która wkrótce drukiem ogłoszoną zostanie.

6) Dr. Żebrowski lekarz zdrojowy w Gleichenbergu przystępuje do grona stałych członków Komisyi balneologicznéj.

Sekretarz *Dr. Lutostański.*

V. Listy z Konstantynopola.

III.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19.)

Jeżeli w tureckich wojskowych szpitalach zgorzelina w przerażającym grasowała stopniu, to pomimo nędznego pod każdym względem urządzenia tych szpitali szerzenia się epidemicznego w mowie będącéj choroby nie mogę kłaść li tylko na karb tego urządzenia, lecz w wielkiéj części na karb niestósownego jéj leczenia, wynikającego z nieznajomości przebiegu. Jeżeli bowiem używano środków przeciw niéj wówczas dopiero, kiedy oczom naszym przedstawił się widok rany pokrytéj płatami brudno-szaremi, cuchnącemi, o brzegach podminowanych, przypominającemi mózg zgniliźnie podpadły, wtedy zabierano się do leczenia ostatecznego okresu zgorzeliny, podówczas nadzwyczaj zaraźliwéj i bardzo szybko się szerzącéj. Badając powstanie i przebieg mogłem stwierdzić poniekąd zapatrywanie się Koeniga *(Ueber Hospitalbrand, Sammlung klin. Vortr. von R. Volkmann* Nr. 40. 1872), a przedewszystkiém skonstatowałem, że pierwszym objawem zgorzeliny szpitalnéj jest zmiana barwy brodawek rany. Świeżo-czerwono wyglądające brodawki w mniejszym lub większym obszarze rany zmieniają swą barwę i stają się mniéj czerwonemi i mniéj połyskującemi lub przyjmują barwę zwiędłą, szarawą, a pośród tych szarawych plam widzieć się dają mniejsze lub większe ogniska wynaczynień. Następnie podnoszą się owe plamy po nad poziom płaszczyzny brodawkowéj, wkrótce potém tkanina leżąca pomiędzy temi ogniskami przybiera czerwono-żółtą barwę. Jest to pierwszy okres zgorzeliny ograniczający się li tylko do mniejszych lub większych obszarów rany, nierozszerzający się nigdy po za jéj brzegi, a trwający 1 do 4 dni. Ogólny stan chorego nie przedstawia w tym okresie żadnych zboczeń; jeżeli zaś objętość rany jest wielką, a ilość opisanych ognisk liczna, wówczas chorzy gorączkują nieco, sen bywa niespokojny, apetyt zmniejszony. Następnie rozpadają się owe miejsca rany i zmieniają w masę szarawą, ropiasto-miazgowatą, lub na ich miejscu widzimy brudno-szare strzępy zniszczonéj tkanki łącznéj. Zniszczenie zajmuje szybko cały obszar rany a posuwając się wzdłuż tkanki łącznéj szybko rozszerza się i wygłębia ranę. Teraz dopiero stan ogólny chorego przedstawia zboczenia objawiające się w podniesionéj cieplocie ciała, braku apetytu, zwiększoném pragnieniu a czasami odznacza się okres ten zaburzeniami gastrycznemi, mianowicie niektórzy chorzy cierpią rozwolnienie. Jest to ogólny obraz zgorzeliny zwanéj szpitalną, opisany na tém miejscu li tylko dla potwierdzenia wypowiedzianego powyżéj zdania, że chcąc korzystnie działać przeciw téj złośliwéj towarzyszce ran, nie wolno nam czekać aż do chwili, gdy się przedstawi widok owego stanu, który dotychczas nazywamy *phagedaena pulposa s. profunda*, lecz już w pierwszym okresie należy używać środków odpowiednich. Skoro więc widziałem

owe wybroczyny, wycinałem je natychmiast nożyczkami a następnie stosowałem za pomocą pędzla z włosów wielbłądzich silny rozczyn chlorku zynkowego, po użyciu którego tworzył się strup białawy a po opadnięciu tegoż, to jest po 5 do 10 dni okazywała rana swą zwykłą barwę, a brodawkowanie i zabliźnienie szło zwykłym trybem.

Odpadnięcia strupa wywołanego chlorkiem zynku nie powinno się przyśpieszać ani odwilżaniem tegoż ani forsownem zdejmowaniem, lecz należy czekać aż czerwone brodawki podniosą go, a natenczas łatwo pincetą zdjąć się daje. Jeżeli zaś już miałem przed sobą drugi okres choroby, wówczas zawsze używałem zżeradła. Wiadomo, że im głębiéj zżeradło działa, tém skuteczniejszém jest ono przeciw zgorzelinie szpitalnéj; nie zapominając o tym pewniku używałem wszystkich prawie zżeradeł, zacząwszy od rozżarzonego żelaza, a skończywszy na chlorku zynku, nie pomijałem kamienia piekielnego, potażu żrącego, ani kwasu karbolowego lub kwasu salicylowego; doszedłem do przekonania, że jakkolwiek bez zżeradła w leczeniu obejść się nie możemy, to bez wątpienia należy się pierwszeństwo temu środkowi, który przy równém działaniu w głąb najmniejszą wywołuje bolesność.

Zadaniu temu odpowiada najzupełniéj wodnik chloralu. Oczyściwszy ranę ze strzępów posypywałem ją dopóty kryształami wodnika chloralu, aż topiące się na powierzchni kryształki pokryły ją zupełnie. Ilość w powyższym celu użytego środka wynosiła w przybliżeniu 10—15 grm. na ranę mającą średnicę mniéj więcéj 5 cm. Potém opatrywałem ranę suchą watą i już następnego dnia pokrytą była suchym strupem barwy szarawéj 2—3 mm. grubości; a jeżeli tu i owdzie dnia następnego strup nie pokrywał rany, co było następstwem niedostatecznie użytego środka, to posypywałem jeszcze raz miejsca rany nie pokryte strupem i robiłem to codziennie, dopóki cała rana należycie się nie pokryła. Najczęściéj już drugiego dnia po użyciu w mowie będącego środka mieliśmy przed sobą ranę pokrytą suchym strupem, który po 3—4 dniach łatwo dał się zdjąć a rana okazywała zwykle różowe brodawki.

Użycie wodnika chloralu przeciw zgorzelinie szpitalnéj nie jest wprawdzie bezbolesne, ale ból nie trwa dłużéj nad 15 do 20 minut, poczém następuje kilkugodzinny sen, z którego się chorzy budzą bez wszelkich boleści lub jakichkolwiek objawów nerwowych, jakie przy wewnętrznem użyciu tego środka Mauriac i inni spostrzegali. Objawów przed snem lub uderzających zboczeń umysłowych podobnych do złudzeń wywołanych przez obłęd opilczy *(Graigner, Stewart)*, lub drgawek, spostrzeganych przez niektórych lekarzy po wewnętrznem użyciu wspomnionego środka, u moich chorych nigdy nie widziałem. Lecz nie mogę przemilczeć, że wyjątkowo uważałem, iż po użyciu wodnika chloralu chorzy, po upływie okresu bolesności, uspokajali się wprawdzie, lecz nie zasypiali i przez parę godzin znajdowali się w stanie na wpół śpiącym. Podczas snu zmniejszała się ilość uderzeń tętna i zniżała się ciepłota ciała. Wodnik chloralu posiada więc największe zalety ze wszystkich przeciw zgorzelinie szpit. używanych środków: działa on dostatecznie w głąb, zmienia zgangrenowane części w suchy, gruby strup, pod którym brodawki szybko się tworzą; zniża tętno i ciepłotę ciała, a zatém wywołuje skutki, jakich żaden inny środek dotychczas przeciw zgorzelinie szpitalnéj zalecany nie osiągnął.

Dédé-Agadje, d. 8 kwietnia 1879. *Dr. Barbar.*

Szerzenie się kiły u starozakonnych.

Podał Dr. Adolf Goldhaber w Mielcu.

Przed wyjazdem moim na praktykę lekarską zdarzyło mi się nieraz słyszeć o stosunkach higijenicznych miasteczek naszych, a to com słyszał wydawało mi się tak nieprawdopodobném, że gdyby nie powaga opisujących, chętnie uważałbym wszystko za przesadę. Niestety, opuściwszy Kraków a z nim pierwszorzędny szpital, wnet przekonałem się, że tylko w bladych kolorach przedstawiono nasze stosunki zdrowotne, że dzieją się rzeczy prawie niepodobne do prawdy i że nasze społeczeństwo wymaga rychléj reformy w kierunku zdrowotnym. Oto próbka na potwierdzenie słów powyższych:

Mielec miasto powiatowe liczące 4500 mieszkańców (2000 chrześcian a 2500 izraelitów), posiada stosunkowo bardzo znaczną liczbę chorych kiłowych. Zestawiając przypadki z lat trzech przekonałem się, że z ludności chrześciańskiéj zasięgało méj rady 10 osób dotkniętych tą chorobą, a w tym samym okresie czasu widziałem 183 osób starozakonnych cierpiących kiłę. Daléj przekonałem się, że wiek dziecięcy i wiek dojrzały najwięcéj wykazuje chorych. Śledząc wspólnie z tutejszym lekarzem miejskim p. Schabusem przyczyny tak zatrważającego szerzenia się téj zarazy, przekonaliśmy się, że skutkiem obcowania płciowego najmniéj osób choruje, natomiast dotarliśmy do następujących przyczyn złego:

1) Dziecię nowonarodzone płci męskiéj poddają u starozakonnych w 8ym dniu życia obrzędowi obrzezania. Operator po uskutecznioném oddzieleniu napletka bierze członek dziecka do ust, aby przez wysysanie krwotok zatamować. Czy komu na myśl kiedy przyszło zabronić téj manipulacyi? a jednakże powinna ona być zakazaną, gdyż skonstatowaliśmy u znacznéj liczby dzieci kilkotygodniowych kiłę wtórorzędną nabytą, podczas gdy rodzice i rodzeństwo byli zdrowi. Kol. Schabus zbadał więc operatora i znalazł u niego w jamie ust pełno kłykcin sączących. Ileż dzieci obdarzył on tą chorobą? Rzecz naturalna, że w skutek energicznego wystąpienia kol. Schabusa zmieniono operatora.

2) Zazwyczaj kobiety starozakonne zajęte są interesami, tak, że nie mogą same dzieci karmić. Obawiając się ponownéj ciąży karmią swe dzieci w nocy, a w dzień posługują się mamką. Taka mamka zaraziwszy się u jednego dziecka, np. u dziecka chorego po obrzezaniu, przenosi chorobę na wszystkie inne, które karmi, a że taka kobieta równocześnie przynajmniéj dwoje karmi i przynajmniéj przez 2 lata, można sobie łatwo wytłumaczyć, ile osób przez tę jednę karmicielkę ulega kile. Skonstatowałem, że od jednéj mamki zaraziło się 5 dzieci, a jéj własne dziecko było zdrowe i dobrze odżywione, sama zaś miała stwardnienia i kłykciny sączące naokoło sutków, w częściach zaś rodnych żadnego zboczenia nie wykryłem. Przekonałem się, że pierwsze dziecko, które karmiła, pochodziło od znanych mi rodziców, chorych na kiłę ogólną, a zmarło w 6 tygodni po narodzeniu się na kiłę dziedziczną. Dziecię zarażone przez mamkę udziela chorobę matce, a od matki idzie choroba daléj na ojca, względnie męża i na nowe pokolenie.

3) Dzieci od 3go roku życia począwszy uczęszczają do chajderów. Każde dziecię, wyprawione z domu dla miłego spokoju na cały dzień, zabiera ze sobą coś do jedzenia, łakoci, cukierków itp. Dzieci częstują się nawzajem, i tak jedno cmoka w ustach cukierek, w tém spostrzeże u drugiego jakąś inną łakotkę, wydobywa więc swój cukierek z ust i

zaśliniony podaje drugiemu, samo zaś delektuje się łakotką wyjętą z ust drugiego dziecięcia; w ten to sposób szerzy się ta straszna choroba między dziatwą. Mogę stanowczo twierdzić, że w kilku chajderach w bardzo krótkim czasie połowa dzieci na tę chorobę zapadła. Rozumie się, że z leczeniem nikt się nie spieszy i często się zdarza, że lekarz przywołany z powodu jakiejś choroby ostréj stwierdza obok tejże kiłę. W obec niesłychanéj obojętności, w obec ciemnoty, niechlujstwa i zacofania starozakonnych, wszelkie zabiegi lekarza są bezowocnemi. Namienić mi wypada, że pewne indywiduum pomimo wyraźnego zakazu niezbierania limfy z dzieci starozakonnych zbiera i szczepi tą limfą daléj, to téż po dokonaném szczepieniu spostrzegłem kiłę z miejsca szczepienia wychodzącą. Co wypada więc uczynić, aby wstrzymać tę chorobę?

Otóż sądzę, że przedewszystkiém wypada zamknąć chajdery, które szerzą nie tylko kiłę ale i inne choroby.

Następnie należy nadać zwierzchności gminnéj prawo zmuszania każdego do leczenia się, o którym lekarze doniosą, że jest chory na kiłę.

Zwierzchność gminna powinna wykonywać ścisłą kontrolę nad mamkami.

Należy umożebnić leczenie przez zakładanie szpitali w miastach mniejszych.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* *The Lancet* donosi, że delegaci angielscy pp. Colvill i Payne, którzy wysłani zostali do gubernii astrachańskiéj, wracają już tą samą drogą, którą pojechali, a nie na Kaukaz i Odessę, jak przypuszczano. Obaj delegaci, jak wiadomo, wyjechali z Anglii już po zgaśnięciu dżumy w gub. astrachańskiéj, a przebywszy malaryję w Astrachanie wracają pisząc się w zupełności na zdanie delegatów niemieckich i austryjackich. Słusznie *Lancet* wyraża swoje zadziwienie, dlaczego pp. Colvill i Payne nie pojechali przynajmniéj do krajów kaukazkich, zwłaszcza gdy teraz wybuchła tam nowa jakaś epidemija.

* Z Gori w gubernii tyfliskiéj doniesiono w d. 13 bm., że w kilku wsiach obwodu Gori panuje nieznana epidemija, zabierająca liczne ofiary. Śmiertelność szczególniéj wielka jest we wsi Metechi. Straszliwa śmiertelność panuje także i w innych wsiach. We wsi Dirby, liczącéj 150 domów, zmarło 70 osób. W Beloty 31 osób. We wsi Medżwriszeni, mającéj 200 domów, zmarło 201 osób. Ta sama epidemija panuje téż i w innych wsiach. Późniejsza depesza opiewa, że choroba panująca w obwodzie Gori nie jest zarazą wschodnią ani durem, lecz prostém przeziębieniem(!). Miałożby znów na Kaukazie powstać nowe ognisko zarazy? Zapewne dowiemy się niezadługo bliższych szczegółów o téj chorobie, bo trudno przypuścić, aby z powodu „zaziębienia“ miała być ustanowioną w Astrachanie agentura kwarantanowa, jak opiewa ostatnia wiadomość. Rozporządzono również, aby wszystkie okręty przybywające z portów perskich podlegały 3-dniowéj obserwacyi, oraz zakazano wprowadzania gałganów i wszelkiego rodzaju odzieży używanéj, pochodzących z zatok morza kaspijskiego, jakotéż z portów perskich i kaukazkich.

* Szósty międzynarodowy Zjazd lekarski odbędzie się w roku bieżącym w Amsterdamie pod przewodnictwem Dondersa; sekcyj utworzono 9 (medycyna, chirurgija, ginekologija, bijologija, medycyna publiczna, psychijatryja, oftalmologija, otologija, farmakologija). Z zapowiedzianych dotąd wykładów zasługują na uwagę: Chauveau o krowiance, Rosensteina o chorobie Brighta, Virchowa o wychowaniu lekarskiém, Billrotha o teoryi i praktyce w medycynie i chirurgii, daléj wykłady Halbertsmy, Dondersa, Exnera z Wiednia, Heidenhaina z Wrocławia, Mareya, Ranviera, Beckera, Sämischa, Snellena, Frasera z Edymburga, Schmiedehausena ze Strasburga itd. Zjazd odbędzie we wrześniu (od 7—13).

* Statystyka obłąkanych, głuchoniemych i niewidomych. Według urzędowych wykazów przypada najwięcéj obłąkanych na Irlandyję i Norwegiję, bo na 10.000 mieszkańców 30.5, daléj po kolei na Angliję i Walię 30.4, na Szwajcaryję 29.1, na W. X. Badeńskie 26.9, Bawaryję 24.8, Saksoniję 24.0, Würtembergiję 23.3, Prusy 22.4, Szwecyję 21.6, Daniję 21.2, Włochy 16.6, Amerykę północną 16.1, Belgiję 14.3, najmniéj na Francyję, bo tylko 14.1. Głuchoniemych zaś przypada (na 10.000 m.) najwięcéj w Szwajcaryi 24.5, w W. X. Badeńskiém 12.2, w Würtembergu i Szkocyi po 10.2, w Austryi 9.7, w Prusach 9.6, w Norwegii 9.2, w Bawaryi, 9.0, w Irlandyi 8.3, we Włoszech 7.5, w Saksonii 6.7i w Danii 6.2, w Hiszpanii 5.9, we Francyi 5.5, w Anglii 5.1, w Belgii 4.4, w Ameryce półn. 4.2. Wreszcie niewidomych jest (również na 10,000 m.) najwięcéj w Norwegii 13.6, w Irlandyi 11.7, we Włoszech 10.7, w Hiszpanii 10.3, w Anglii 9.5, w Prusach 9.3, we Francyi 8.4, w Bawaryi 8.2, w Szwecyi, Belgii i Saksonii po 8.1, w Szwajcaryi 7.6, w Würtembergu i Danii po 7.0, w Austryi 5.6, w Badeńskiém i Ameryce półn. po 5.3, w Holandyi 4.5. (*Medicinal-Gesetzgebung* 1879 Nr. 9).

Statystyka epidemij. W Londynie złagodniała ospa (umarło 10, leczy się w szpitalach 210, świeżo zapadło 36). W Paryżu i Petersburgu również mniéj umarło (24 wzgl. 35). W Wiedniu 13, w Genewie 3, w Warszawie 4, w Radomskiém i Płockiém zjawiła się ospa a w Radomskiém, Olkuskiém i Piotrkowskiém ciągle się utrzymuje. W Piotrkowskiém zachorowało 258, umarło 55. W Radomskiém zzpadło do 13 marca 167, umarło 64. W Kieleckiém panuje złośliwa odra; z chorych 75 umarło do 12 marca 39 Z duru osutkowego umarła 1 osoba w Odessie, w Londynie 2, w Petersburgu 9.

Ospa w Londynie łagodnieje. Umarło z. t. 5, w szpitalach leczyło się 225, zapadło świeżo 33. W Wiedniu umarło 9, w Budapeszcie 12, w Paryżu 21, w Warszawie 3, w Petersburgu 31, w Genewie 2, w Pradze 6, w Barcelonie 3. Kilka przypadków śmierci z duru osutkowego wydarzyło się w Wiedniu, Warszawie, Londynie i Petersburgu. W ogóle rzadsze są przypadki tak duru osutkowego jak i brzusznego. Duru osutkowego w Astrachanie pojawiło się zaledwie kilka przypadków, zresztą stan zdrowia w téj prowincyi jest zadowalający. *(V. d. K. d. GA.)*

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 19 (od 4 do 10 maja) umarło w Krakowie 37 osób; w obwodach 26, w szpitalach 11; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 34,1; we Lwowie 37,3; w Warszawie 25,4; w Poznaniu 42,7; w Wiedniu 33,1; w Berlinie 26,2; w Budapeszcie 41,8; w Dreznie 23,0; w Lipsku 23,6; w Bazylei 34,1; w Londynie 22,8; w Paryżu 29,4; w Kopenhadze 28,2; w Sztokholmie 29,9; w Chrystyjanii 16,1; w Petersburgu 44,8; w Odessie 32,8; w Bukareszcie 30,4. Zmarło w tymże tygodniu w Krakowie 7 osób z chorób zakaźnych: 1 z dławca, 1 z duru brzusznego, 1 z duru osutkowego, 4 z ropnicy. Doniesiono w 20 tygodniu o następujących przypadkach chorób zakaźnych: 1 duru osutkowego (z ul. Długiéj L. 13), 1 dławca (ze szpit. św. Ludwika), 1 płonicy (ze Stradomia L. 12). *J. B.*

Komisyja sanitarna m. Krakowa odbyła w dniu 19 b. m. pod przewodnictwem Dra Warschauera posiedzenie, na którém Dr. Lutostański odczytał część starannie i wyczerpująco opracowanego memoryjału w sprawie wodociągów, przeznaczonego dla odnośnéj komisyi Rady miejskiéj.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 22 maja. W drugiéj połowie września rb. odbędzie się w Jarosławiu walne zgromadzenie galic. Towarzystwa pszczelno-ogrodniczego, pozostającego pod przewodnictwem prof. Ciesielskiego, oraz wystawa pszczelno-ogrodnicza, któréj urządzeniem zajmuje się zarząd oddziału Cieszanowsko-Jarosławskiego tegoż Towarzystwa. Wystawa zeszłoroczna w Brodach udała się świetnie, pomimo, że urządzoną została w mieście pogranicznem; tém lepiéj rokować można wystawie tegorocznéj, odbyć się mającéj w środkowym punkcie kraju nasze-

go. Nie wątpimy, że praca, mająca na celu dobro powszechne, znajdzie należyte poparcie u wszystkich powołanych.

* W przeszły piątek na posiedzeniu Tow. lek wiedeńskiego, odbytém pod przewodnictwém Billrotha, protomedyk Biesiadecki miał wykład o dżumie w gub. astrachańskiéj.

* Według nadesłanego nam spisu gości kąpielowych bawiło w Cieplicach czeskich do dnia 20 bm. osób 375.

* Dr. Ramlow w Paryżu zawiadamia nas, że założył *Maison de Santé* dla chorób kobiecych w Paryżu przy ulicy Laugier Nr. 26.

* Rycina w numerze niniejszym na str. 254 umieszczona wykonaną zootała w Muzeum techniczno-przemysłowém tutejszém. Zakład ten wykonywa wszelkie drzeworyty do nauk przyrodniczych i lekarskich odnoszące się.

* Prof. Virchow w powrocie z Troi zatrzymał się kilka dni w Atenach, gdzie na obiedzie, danym na jego cześć przez Towarzystwo lekarskie tameczne, przemówił w języku francuskim, a następnie niemieckim i żałował, że nie mógł po drodze wstąpić do wyspy Kos, aby uczcić pamięć Hipokratesa; lekarzom ateńskim zaś radził, aby pielęgnowali ducha staréj Helady, któremu i medycyna niemiecka zawdzięcza obecne swoje pierwszorzędne stanowisko.

* Profesorowie berlińscy Frerichs i Leyden wydawać będą nowe czasopismo „*Zeitschrift für klinische Medicin*,“ którego pierwszy zeszyt ukaże się niezadługo. Przywrócenie zagrożonéj jedności patologii i terapii ma być zadaniem tego nowego czasopisma; zadanie szczytne, ale takowe dałoby się urzeczywistnić wtedy tylko. gdyby pod wpływem téj zapowiedzi kilkanaście innych czasopism zechciało dobrowolnie abdykować. na co się wcale nie zanosi. Tak więc nakłada się tylko nowy haracz na kieszeń lekarzy a osiąga większe jeszcze rozstrzelenie materyjału.

* **Budapeszt.** Tegoroczny Zjazd lekarzy i przyrodników węgierskich odbędzie się tu w sierpniu pod przewodnictwem prof. Kovácsa.

* **Niemcy.** W półroczu zimowém ubiegłém frekwencyja uczniów medycyny na uniwersytetach z wykładem niemieckim była następująca: w Monachijum 499, Würzburgu 496, Berlinie 433, Dorpacie 409, Lipsku 383, Pradze 282, Gryfii 223, Wrocławiu 183, Zurychu 168, Fryburgu 156, w Gracu 152, Erlandze 142, Strasburgu 138, Tybindze 137, Bernie 131, Gietyndze 129, Królewcu 129, Bonnie 122, Hali 120, Marburgu 120, Giessen 105, Heidelbergu 93, Jenie 91, Bazylei 87, Kielu 76, Insbruku 62, Rostoku 36.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. nadzw. Dr. Kesmárszky w Budapeszcie mianowany został prof. zwyczajnym położnictwa i ginekologii tamże, a prof. nadzw. dermatologii Dr. Geber prof. zwyczajnym tego przedmiotu w Klausenburgu.—Docent prywatny na wydziale lek. we Wiedniu Dr. Ultzmann otrzymał krzyż komandorski orderu portugalskiego św. Jakóba.—Panowie Fauvel, Pasteur i Vulpian w Paryżu mianowani zostali członkami honorowymi akademii lek. belgijskiéj.

* **Wiadomości osobowe.** W d. 21 bm. uzyskali na Uniw. Jagiell. stopień doktora wszech nauk lek. pp. Tadeusz Dworski z Przemyśla i Leopold Glück z N. Sącza.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 10: Pawlikiewicza: O przyczynach szerzenia się chorób przenośnych u zwierząt domowych; Janikowskiego i Pacuły: Projekt instrukcyi dla oprawcy (dok.); Goldhabera: Przypadek sądowo-lekarski. W *Medycynie* Nr. 20: Orłowskiego: Wyłuszczenie w stawie biodrowym, wyzdrowienie; Klinka: Sprawozdanie z wycieczki lekarskiéj do Petersburga (c. d,); Markiewicza: Kilka słów o powietrzu morowém i istocie zarazka jego (dok.); w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 20: Perkowskiego: Raptowne a zupełne zaniewidzenie chorego, zaszłe w miesiąc po dokonaném odjęciu uda (c. d.); Heringa: O operacyi polipów krtani (c. d.) w *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* zeszycie II. Rosenblatta: O skutkach fizyjologicznych i leczniczych wlewania do jelit większych ilości płynów; Skórczewskiego: O kąpielach borowinowych. Część I. teoretyczna: Klinka: Sprawozdanie z wycieczki lekarskiéj do Petersburga.

Redakcyja otrzymała:

The American Journal of Obstetrics and diseases of women and children, ed. by P. T. Mundé. M. D. January 1879, in 8vo str. 224 z 3 tabl.

Prof. F. WEBER-EBENHOF (w Pradze): Das antiseptische Verfahren in der Geburtshilfe Ein Leitfaden f. Geburtshelferinnen u. Belehrung f. Frauen Prag 1880, F. A. Urbanek, in 8vo str. 31.

Dr A. HIRSCHFELD (w Wiedniu): Diätetik für Nervenkranke. Wien 1879, Toeplitz et Deutke, in 8vo str 40.

B LUTOSTAŃSKI: Wnioski w sprawie zaopatrzenia m. Krakowa w wodę, przedstawione Komisyi wodociągowéj krakowskiéj Rady miejskiéj. Kraków 1879, (druk jako manuskrypt), in 8vo str 21.

Poglądy warszawskiego Tow. Lekarskiego w przedmiocie zabezpieczenia Warszawy i Królestwa Polskiego od wybuchu dżumy i innych chorób zaraźliwych. (Osobne odbicie z dwutyg. „Zdrowia,“) Warszawa 1879, in 8vo str. 94.

Prof. H. COHN (we Wrocławiu): Sehschärfe u. Farbensinn bei elektrischem Lichte (*Sep. Abdr. a d. Centralbl. f. pract. Augenheilk* 1879, April), in 8vo 3 str.

Dr Kl. DĘBICKI (we Lwowie). Iwonicz w r 1878. Lwów 1879 in 8vo str. 46.

Dr. G. BECK: Therapeutischer Almanach. 6 Jahrg. 1879. Berno 1879 w 16ce str. 74

Zaraza błonicowa czyli dyfteryja podług Dra Oertla i Dra Steinera dla wiadomości i przestrogi troskliwych ojców i matek Kraków nakładem Jul Wildta 1879, 8vo str. 39.

Stała Komisyja sądowolekarska Tow. lek. krak. odbędzie w **Piątek** d. 30 bm. o godz. 5téj popołudniu posiedzenie, na którém: 1) prof. Rydel będzie miał wykład już dawniéj zapowiedziany; 2) prof. Olszewski poda kilka przypadków z praktyki sądowo-chemicznéj; wreszcie 3) prof. Blumenstok poda uwagi sądowolekarskie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiégo, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 31 maja 1879. № 22. Rok XVIII.

I. Spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki lekarskiéj krakowskiéj.

Przez prof. Dra Korczyńskiego.

IV.

Trzy przypadki duru brzusznego zakończone śmiercią u kobiet z wrodzoną wąskością układu tętniczego. Znaczenie blednicy wrodzonéj w durze brzusznym.

(Dokończenie. Patrz Nr. 21).

Przy porównaniu powyższych opisów chorób uderzają nas następujące szczegóły:

W przypadku pierwszym. U dziewczyny młodéj z nienależytym rozwojem serca, tętnic i macicy, która za życia przedstawia obraz blednicy, poczyna się dur brzuszny bardzo łagodnemi przypadami. Z końcem pierwszego tygodnia dołącza się ostre zapalenie miąższowe nerek i pociąga za sobą groźne przypady; takowe w dniu 10 i 11tym prawdopodobnego rozpoczęcia się choroby nerek zmniejszają się znacznie, a badanie moczu świadczy o przełamaniu się zapalenia nerek. Wśród zmniejszającego się nasilenia przypadów odpowiadających durowi dołącza się zapalenie prawego płuca bez dreszczu i wśród niskiego stanu gorączki. W trzecim dniu tego nowego powikłania pokazują się objawy miejscowe rozdzielania się nacieku zapalnego w płucu; mimo to z powodu stłuszczenia mięśnia sercowego, który od samego początku obserwacyi klinicznéj okazywał przypady znużenia, następuje śmierć około początku 4go tygodnia duru.

W przypadku drugim kobieta młoda, któréj jedno z rodziców również miało umrzeć na suchoty i która okazuje małą macicę i wązkie tętnice a żyje wśród bardzo niekorzystnych warunków, zapada na zapalenie płuc i odtąd nie odzyskuje zupełnego zdrowia. Objawy duru brzusznego powstają u niéj równocześnie z objawami zapalenia płuc. Mimo że w jelitach istnieje zaledwie kilka i to małych wrzodów durowych, już dnia 6go choroby pojawia się krwotok kiszkowy. Rozmiary zapalenia płuc obustronnego powiększają się wśród bardzo wysokiéj gorączki, któréj towarzyszy osłabienie czynności serca, mimo to 10go dnia choroby maleją objawy duru, za to 13go dnia pojawiają się przypady zgorzeli płuc, stan ogólny mimo mniejszéj już gorączki pogarsza się, a chora dnia 18go choroby umiera.

W przypadku trzecim u osoby bledniczéj z sercem małém a tętnicami wązkiemi przebieg duru jest z początku bardzo pomyślny, nasilenie gorączki wprawdzie dość znaczne, ale inne przypady są bardzo mierne, a nadto chora podmiotowo znosi bardzo dobrze stan gorączkowy. Tylko przedmiotowo uderza od początku pewne osłabienie narządu krążenia. Dnia choroby 13go i 16go skutkiem nowych nawałów do gruczołów kiszkowych podnosi się gorączka, a wpływ jéj na serce i tętno potęguje się, podczas gdy uczucie swobody trwa daléj. Wśród tego następuje nagle śmierć, któréj przyczynę wykrywa sekcyja w stłuszczeniu mięśnia sercowego.

Dla dokładniejszego ocenienia tych przypadków zastanówmy się przedewszystkiém nad znaczeniem, częstością i warunkami powyższych powikłań.

Zapalenie miąższowe nerek wikła się z durem brzusznym bardzo rzadko, jak to podają zgodnie prawie wszyscy autorowie. Dla przykładu tylko przytaczam zdanie Frerichsa *(Die Brightsche Nierenkrankheit* str. 208), że z téj postaci choroby Brighta, która powstaje wśród duru brzusznego, posiadamy najmniéj spostrzeżeń klinicznych; J. Vogla *(Krankh. der harnbereitenden Organe 645)*, który tylko stosunkowo rzadko spostrzegał to powikłanie; Rosensteina *(Die Pathol. und Ther. der Nierenkrankh. 85)*, który twierdzi, że dur brzuszny daleko częściéj wywołuje katar nerkowy aniżeli zapalenie miąższowe; Griesingera *(Infectionskrankh. 222)*, który namienia, że tylko bardzo wyjątkowo napotyka się zmiany wyraźnéj ostréj choroby Brighta. Bartels *(Ziemssen Handb. IX. I. 229)* pomiędzy 100 przypadkami duru brzusznego tylko dwa razy spostrzegał istotne zapalenie nerek miąższowe, z tego jeden przypadek ukończył się pomyślnie, drugi zaś zakończył się śmiercią, tak że Bar-

tels tylko raz miał sposobność widzenia tego powikłania przy stole sekcyjnym. Buhl *(Ueber Lungenentzündung, Tuberculose etc. 47)* pośród 300 sekcyj zwłok ludzi zmarłych z duru brzusznego tylko raz czy dwa razy spostrzegał ogólną puchlinę pochodzącą od zmian w nerkach. Liebermeister *(Ziemssen Handb. II. I. 188)* podaje, że częstość pojawiania się zap. miąższowego nerek w płonicy nie pozostaje w żadnym stosunku do pojawiania się téj choroby w durze brzusznym, i że choroba ta w durze jest rzadszą niż po odrze, zapaleniu płuc lub róży twarzowéj. Najczęściéj jeszcze przyłącza się ostre miąższowe zap. nerek do duru w drugim jego okresie, bardzo rzadko tylko pojawia się w okresie wczesnym; zdaniem Frerichsa (l. c. str. 210) nastaje to najczęściéj między 16 a 17ym dniem choroby. Przypadek nasz pierwszy należał więc do tém rzadszych, o ile objawy zapalenia nerek wystąpiły już w bardzo wczesnym okresie choroby, a zarzut, jakoby chora nasza cierpiąc już na chorobę nerek nabawiła się duru brzusznego, w obec przebiegu choroby i zmian w nerkach przez sekcyję stwierdzonych nie miałby najmniejszéj podstawy.

Co do zapalenia płuc zrazowego jest rzeczą powszechnie znaną, że występuje często jako powikłanie, a jeszcze częściéj jako choroba następowa duru brzusznego. Chcąc dać obraz częstości wystarczy namienić dwie daty statystyczne: C. E. E. Hoffmann *(Untersuch. über die path.-anat. Veränderungen der Organe beim Abdominaltyphus)* pośród 250 przypadków zakończonych śmiercią znalazł 18 razy zapalenie płuc włóknikowe (7·2%), Liebermeister *(Ziemssen Handb. II. I. 179)* u 1420 chorych durowych stwierdził 52 razy rozległe zgęszczenia w płucach, które nie polegały na sprawie ociekłinowéj (3·6%). Za to bardzo rzadko przydarza się, aby zapalenie płuc rozwijało się w pierwszych dniach duru, a tém rzadziéj, aby stanowiło pierwszy objaw sprawy durowéj. Są to przypadki, które zasługują w rzeczywistości na dawną, ale niestety często nadużywaną nazwę *pneumotyphus* lub *pneumotyphoid*. Że taki dur płucny jest istotnie bardzo rzadkim, wystarczy znów powołać się na powagę Griesingera *(Infectionskrankh.* str. 207), który widział tylko jeden taki przypadek, podczas gdy C. Gerhardtowi *(Thuringer Correspondenzblatt* 1875, IV. 11) w ciągu 3 lat przydarzyło się widzieć 6 przypadków, które to wszystkie ukończyły się pomyślnie. Pojawienie się więc zapalenia płuc w przypadku I w 14tym dniu choroby nie będzie nas wcale zastanawiać, za to przypadek II z powodu wystąpienia przypadów zapalenia płuc, jako pierwszych w ogóle objawów choroby zakaźnéj, zaliczyć musimy do rzadszych. Że takowy istotnie zasługuje na nazwę *pneumotyphus* w najściślejszém tego słowa znaczeniu, za tém przemawia między innemi i ta okoliczność, że w jelicie wykryła sekcyja tylko bardzo nieliczne i małe wrzody, jak to się właśnie w tych przypadkach przydarza i na co Griesinger kładzie szczególny nacisk. Według Grisolla *(Traité de la pneumonie* str. 403) ta odmiana duru nagabuje tylko indywidua wątłe lub zwątlone, do jakich właśnie należała nasza chora.

Co do zgorzeli płucowéj w przyp. II, przedewszystkiém namienić wypada, że jak to wykazuje przebieg choroby i wynik badania pośmiertnego, zgorzel rozwinęła się z zapalenia płuc. Zgorzel płucna wśród duru brzusznego przydarza się nie zbyt rzadko: Griesinger w 118 zwłokach napotkał takową 7 razy, Liebermeister w 230 zwłokach 14 razy, na 1420 chorych durowych, które leczył Liebermeister od r. 1865 — 1868 w Bazylei, według sprawozdania Dr. Betkego *(Deutsche Klinik* 1870 Nr. 42) zauważano zgorzel płucową 13 razy. Przyczyny zgorzeli płucowéj są bardzo liczne; jedną z częstszych jest zapalenie płuc, które najczęściéj wtedy daje powód do zgożeli, jeżeli odżywienie ogólne jest upośledzone, jeżeli serce w czynności swojéj jest osłabione, jakto właśnie miało miejsce w naszym przypadku i jeżeli krew krzepnie w pewnéj części naczyń włosowatych w płucach.

Nagła śmierć w przypadku III nastała najprawdopodobniéj skutkiem stłuszczenia mięśnia sercowego. Że w przebiegu duru nawet względnie łagodnego i nawet we wczesnym okresie choroby śmierć nastać może nagle i niespodzianie, osobliwie jeżeli chory wykonywa silniejsze ruchy, np. wstaje, siada itp., jest rzeczą znaną od dawna i tylekrotnie przez każdego prawie lekarza stwierdzoną. Przyczynami bezpośredniemi takowéj mogą być niedokrewność mózgu, stłuszczenie mięśnia sercowego, lub zaczopowanie tętnicy płucnéj, podczas gdy w wielu przypadkach badanie pośmiertne nie wykrywa żadnéj takiéj zmiany, któraby dostatecznie ten objaw tłumaczyła. W ostatnich latach opisano wiele takich przypadków (Bussard, Liebermann, Hayem, Dieulafoy, Tambareau, Huchard i inni), lubo opisy te nie dostarczyły żadnych nowych poglądów w téj sprawie. Częstość nagłéj śmierci w durze wyjaśnia nam statystyka przytoczona przez Tambarego, z któréj wynika, że na 228 przypadków śmiertelnych w szpitalu wojskowym w Gros-Caillou w 13 przypadkach śmierć nastała nagle. Ze względu na nasz przypadek przytoczyć nam jeszcze wypada zdanie Griesingera (l. c. str. 246), że najczęściéj umierają niespodzianie i nagle kobiety niedokrewne.

Stłuszczenie mięśnia sercowego przydarza się tak często wśród chorób zakaźnych, że zbyteczną jest rzeczą zastanawiać się bliżéj nad częstością i znaczeniem takowego. Mniéj znaną jest przyczyna, dla któréj mięsień sercowy pierwotnie lub następowo tłuszczeje, lubo spostrzeżenia z czasów najnowszych przyczyniły się bardzo do wytłumaczenia téj sprawy i do bliższego poznania warunków, wśród których nastaje. W durze brzusznym mamy właśnie cały szereg takich warunków, a mianowicie zakażenie krwi, które w podobny sposób jak zatrucie fosforowe lub arsenowe podniecić może dystrofiję mięśnia sercowego; stan gorączkowy długotrwały, który już skutkiem podniesienia ciepłoty niekorzystnie wpływa na serce; niedokrewność wywołaną gorączką i upośledzeniem odżywiania się, jak niemniéj biegunką; zwiększoną czynność serca; zmniejszenie dowozu tlenu do krwi a więc i do tkanin; nakoniec zmieniony wpływ nerwowy, który, o ile dotyczy nerwów błędnych, według doświadczeń Eichhorsta *(Die trophischen Beziehungen der nervi vagi zum Herzmuskel)* przynajmniéj u ptaków po przecięciu nn. błędnych pociąga za sobą stłuszczenie serca. Z pośród tych warunków już niedokrewność sama przez się może podniecić zmiany odżywcze w mięśniu sercowym, jak o tém najlepiéj przekonywają przypadki niedokrewności postępowéj, daléj spostrzeżenia Ponficka *(Berl. klin. Woch.* 1873 Nr. 1.), który nas bliżéj zaznajomił z samoistném stłuszczeniem mięśnia sercowego, a przedewszystkiém z postacią takowego występującą u osób niedokrewnych, nakoniec doświadczenia Perla *(Virchow Arch. I. 59,* str. 39), który na psach wykazał, że po rzadkich a wielkich upustach krwi tłuszczeje mięsień sercowy. Dzieje się to daleko częściéj u kobiet aniżeli u mężczyzn i to tak dalece, że według Ponficka na kobiety przypada 66% przypadków czystéj postaci anemicznéj stłuszczenia serca. Zmniejszenie dowozu tlenu do tkanin w du-

rze nastaje już to skutkiem zmniejszonéj ilości krwi, już to skutkiem innych warunków, a przedewszystkiém zmniejszenia się powierzchni oddechowéj płuc przez nieżyt oskrzelowy. Już Traube w swych wykładach i notatkach (*Ges. Abhandl. III. 243.*) zwracał uwagę na to, że mięsień sercowy tłuszczeje skutkiem niedostatecznego dowozu tlenu i to tém rychléj, jeżeli wykonywać ma przez dłuższy czas nasiloną pracę lub przezwyciężać zwiększone parcie ościenne krwi w tętnicach. Dla stwierdzenia tego dostarczył Fraenkel (*Virchow Arch.* T. 67, str. 273) podstawy doświadczalnéj, wykazawszy doświadczeniami na zwierzętach, że powstrzymanie dowozu tlenu powiększa rozpad białka w ciele zwierzęcém, przyczém istoty białkowate rozpadają się na ciała azotowe, które wydalane bywają moczém, i bezazotowe, które złożone bywają w tkaniny. Obok mięśnia sercowego tłuszczeje także mięsień przeponowy właśnie dla tego, że mimo zmienionych warunków odżywczych pracy swéj nie tylko zaprzestać nie może, ale nawet skutkiem przyspieszonych ruchów oddechowych wykonywać musi pracę więcéj nasiloną. Tak samo tłuszczeje często mięsień sercowy przy nasilonéj pracy fizycznéj lub zwiększoném parciu krwi w tętnicach, jak to wykazują przypadki tak zwanego znużenia serca. Nakoniec namienić wypada, że blednicza wąskość naczyń według Virchowa (*Ueber die Chlorose* str. 17) również ma usposabiać do stłuszczenia mięśnia sercowego.

Nim przejdziemy do omówienia znaczenia, jakie ma wąskość naczyń na przebieg duru brzusznego, musimy zastanowić się pokrótce nad blednicą. Każdemu lekarzowi jest rzeczą znaną, że przydarzają się często przypadki blednicy, gdzie choroba po zarządzeniu odpowiedniego leczenia przeważnie dyjetetycznego i higijenicznego rychło mija i wcale nie wraca. W innych przypadkach mimo najskrzętniejszego wypełniania wszystkich wskazówek leczniczych blednica trwa uporczywie, często wraca lub nigdy stanowczo nie ustępuje. Któż nie zna kobiet, a w części i mężczyzn, którzy z powodu niedokrewności całe prawie życie skazani są leczyć się w zimie żelazem, w lecie wyjeżdżać do wód żelezistych, w których niedokrewność lub usposobienie bledniczе jest stałém znamieniem chorobowém. Któż z własnego spostrzeżenia nie zna licznych przypadków, gdzie pierwsze objawy blednicy zaczynają się pokazywać już w wieku dziecięcym, lub pojawiwszy się w okresie pokwitania już nigdy stanowczo nie znikają. Już te szczegóły naprowadzają na myśl, że choroba w zbiorowém pojęciu zwana blednicą może być nabytą lub wrodzoną, a względnie że polegać może raz na przemijającém tylko zboczeniu w mięszaninie krwi, drugim razem na pewnych zmianach lub przynajmniéj usposobieniach konstytucyjonalnych czyli ustrojowych. Istotnie anatomija patologiczna wykryła pewne zmiany w układzie naczyniowym i rodnym, jako podstawę pewnych postaci blednicy. Pierwszy Rokitansky (*Hdb. der allg. path. Anat. I.* 1846, str. 558.) spostrzegał i nauczał, że oligemia jest nierzadko stanem wrodzonym ustrojowym, który najczęściéj napotykamy u kobiet i któremu odpowiada niedostateczny rozwój rozmiarów tętnic, połączony z małością serca, daléj upośledzony rozwój całego ciała a przedewszystkiém części płciowych. Naukę tę oparł dopiero Beneke na ściślejszych podstawach (w sprawozdaniach Tow. przyrodniczego w Marburgu 1869 i w *Jahrbuch für Kinderheilkunde* 1871, str. 380), popierając zdanie Rokitanskiego szeregiem wymiarów tętnic. Po nim dopiero, a co szczególna, że bez uczynienia najmniejszéj wzmianki o Benekem, przyczynił się Virchow w powszechnie znanéj rozprawie: *Ueber die Chlorose* (Berlin 1872) i w późniejszych opisach kazuistycznych (zamieszczonych w *Charité-Annalen* II. 719 i III. 742) do zaznajomienia szerszego koła lekarzy z tą sprawą, a nadto wykazał, że wąskość układu tętniczego usposabia do stłuszczenia błon tętniczych, stłuszczenia serca i do zapalenia śródsierdzia. W najnowszych czasach mozolnemi wymiarami naczyń Beneke (*Die anat. Grundlagen der Const. Anomal. 1878*) udowodnił w sposób nieulegający żadnéj wątpliwości istnienie wrodzonéj blednicy. W naszych powyżéj opisanych przypadkach istniała niewątpliwie blednica ustrojowa.

Już przy omawianiu poszczególnych powikłań duru brzusznego w przypadkach naszych zauważanych, wypadło nam podnieść znaczenie niedokrewności. Obecnie odnosząc te niezwykłe powikłania, jakoteż i stłuszczenie mięśnia sercowego do stanu bledniczego opartego na podstawie ustrojowéj, z koniecznością przychodzimy do wniosku, że podstawy te ustrojowe były jeśli nie wyłączną, to co najmniéj główną przyczyną niekorzystnego przebiegu duru brzusznego. Zdanie to osobliwie w obec spostrzeżeń Benekego na wstępie przytoczonych a odnoszących się właśnie do duru brzusznego, możemy o tyle uogólnić, że blednicę ustrojową a względnie wrodzoną wązkość naczyń uważać możemy jako moment bardzo niekorzystny w przebiegu duru brzusznego.

Z uwag tych nie wynika jednak bynajmniéj, by zboczenia ustrojowe w tętnicach stanowiły jedyny moment niekorzystnego przebiegu lub powikłań duru brzusznego; znamy bowiem cały szereg innych czynników stanowiących o przebiegu duru; a tém mniéj aby każdy przypadek duru u osoby z blednicą ustrojową miał przebiegać niekorzystnie.

Ponieważ jednak z wielu innych względów pożądaną jest dla lekarza praktycznego dokładna znajomość szczegółowych form i postaci blednicy, dla tego do tematu tego w jednym z następnych opisów kazuistycznych wrócimy.

II. O wyróżnianiu wrzodów wenerycznych części płciowych ze stanowiska klinicznego.

(Odczyt miany na posiedzeniu Tow. lek. krak.)

Przez Dra **Zarewicza**,
prymaryjusza oddz. wener. i skórn.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20).

Z kolei następową zmianą, z którą wrzód stwardniały może być zamienionym, jest liszaj płciowy (*Herpes progenitalis v. praeputialis*).

Lubo objawy cechujące liszaj napletkowy są tak wybitne, że trudno dopatrzyć się w nich jakiegokolwiek podobieństwa do wrzodu stwardniałego, mimo to jednak zdarza się często, że wrzód stwardniały uważano za liszaj napletkowy. Przedewszystkiém nie należy zapominać, że liszaj płciowy jest cierpieniem ostrém, które powstaje w ten sposób, że obok równoczesnego uczucia swędzenia, palenia, a nawet nie zbyt rzadko obok dokuczliwego bólu szerzącego się wzdłuż lędźwi, pośladków i ud, tworzy się na tle skóry zaczerwienionéj lekko obrzękłéj gromadka napiętych drobnych pęcherzyków, z początku wypełnionych cieczą surowiczą przeźroczystą, a następnie mętną, które w krótkim czasie obok równoczesnego zmniejszania się i zaczerwienienia skóry przeobrażają się na strupki, po oddaleniu których postrzega

się odpowiednio każdemu strupkowi powierzchowne owrzodzenie. Powierzchnia tych owrzodzeń pokryta jest cienką łatwo oddalić się dającą warstewką ropy. Jeżeli pęcherzyki ułożone są blisko siebie a w rozwoju swym dochodzą do znaczniejszych rozmiarów, natenczas zlewają się one w jeden pęcherz (*herp. progen. confluens*), usadowiony na tle zaczerwienionéj i obrzękłéj skóry, który w następstwie ulega tym samym przeobrażeniom, jak poprzednio co tylko wspomniana forma. Po oddaleniu strupka przedstawiające się owrzodzenie w niczém się również nie różni od poprzedniego; chciejcie jednak panowie zapamiętać tę okoliczność, zwykle ekskoryjacyję po liszaju powstałą cechującą, że skoro pęcherz powstał ze zlania się kilku pęcherzyków, kształt następowego owrzodzenia niebędzie ściśle okrągły, lecz przybierze postać kilku odcinków kół w środku w jednę całość zlanych.

Ze względu na przyczynę, liszaj części płciowych powstaje zazwyczaj skutkiem podrażnienia obwodowych końców nerwów skórnych; dlatego też spotykamy go bardzo często na prąciu u ludzi oddających się wybrykom płciowym, nierzadko u kobiet na wargach sromnych przed każdém miesiączkowaniem; również liszaj płciowy towarzyszyć może znanym cierpieniom wenerycznym części płciowych, jak rzeżączce cewki moczowéj lub pochwy; niemniéj przyczyną wywołującą liszaj napletkowy może być zarówno szankier jak i wrzód stwardniały; Dr. Cusco uważał nawet (*Gazette des hôpitaux* 1862) liszaj napletkowy za przypad przepowiadający wrzód stwardniały, co oczywiście nie zawsze się sprawdza.

Gdyby liszaj napletkowy przedstawiał się oczom badającego zawsze jako gromadka rozsianych pęcherzyków, albo też jako jeden pęcherz na tle skóry zaczerwienionéj usadowiony, natenczas trudnoby było zamienić go z wrzodem stwardniałym, jednak często spotykamy w praktyce naszéj przypadki, w których pacyjenci wtenczas dopiero szukają naszéj pomocy, gdy pęcherzyki lub strupki w jakikolwiek sposób usunięte zostały, a oczom chorego przedstawiły się powierzchowne mniéj lub więcéj rozległe owrzodzenia.

Jeżeli liszaj przez cały czas swego przebiegu zachował formę nie zlewającą się, natenczas samo ugrupowanie kilku obok siebie ułożonych drobnych niezwiększających się ekskoryjacyj może nas pouczyć o naturze cierpienia, przeciwnie jednak, jeżeli mamy przed sobą jedno owrzodzenie jako pozostałość po liszaju napletkowym zlewającym się, wtedy chcąc uniknąć możliwych błędów, uwzględnić należy następujące znamiona wyróżniające wrzód stwardniały od liszaja płciowego:

1) Liszajowi płciowemu nigdy nie towarzyszy owo zwiększenie gruczołów limfatycznych pachwinowych, wrzód stwardniały cechujące. Jeżeli zaś, co w ogóle rzadko się wydarza, liszajowi części płciowych towarzyszy powiększenie gruczołów chłonnych, to nigdy ono nie jest znacznem, odznacza się mniejszą lub większą przy dotyku lub ruchach bolesnością, a co ważniejsza prawie zawsze równocześnie z postępującém gojeniem się liszaja polepsza się, i w końcu (co się samo przez się rozumie), jeżeli chorzy poddani zostali odpowiedniemu leczeniu, ustępuje w zupełności.

2) Daléj podstawa liszaja części płciowych nieokazuje nigdy owej cechującéj wrzód stwardniały zbitości podstawy.

3) W końcu porównywając kształty wrzodu stwardniałego a liszaja części płciowych zlewającego się przekonywamy się, że kształt wrzodu stwardniałego jest zazwyczaj ściśle okrągły lub owalny, jeżeli tylko siedzibą jego nie są brzegi naturalnych otworów, lub jeżeli w ogóle na zmianę kształtu jego nie wpływają pewne szczególne okoliczności, podczas gdy ekskoryjacyja po liszaju napletkowym zlewającym się, jako powstała ze zlania się kilku gromadek blisko okok siebie położonych pęcherzyków, posiadać będzie, jak to już wspomniałem, podobieństwo do figury złożonéj z kilku odcinków kół w środku ze sobą połączonych. Niezapominajcie jednak panowie, że przypad ten, jak każdy inny, może nie istnieć; tam jednak, gdzie się znachodzi, powinniśmy go wyzyskać na naszą korzyść.

Gdyby jednak z jakichkolwiek powodów powyższe przypady nie wystarczyły jeszcze do stanowczego ocenienia przedstawiającéj się zmiany chorobowéj, uciec się należy do dalszych cech wyróżniających liszaj napletkowy od wrzodu stwardniałego, a temi są: ostre wystąpienie liszaja napletkowego pod przypadami swędzenia, pieczenia lub bólu, obok szybkiego dalszego rozwijania się, w przeciwieństwie do bezbolesnego i powrotnego wytwarzania się wrzodu stwardniałego; również o wiele rychléj goją się ekskoryjacyje liszaja części płciowych aniżeli wrzód stwardniały.

W krótkości postaram się uwydatnić szan. kolegom cechy wyróżniające klykciny wilgotne od wrzodu stwardniałego.

Na częściach płciowych tak męzkich jak i kobiecych kłykciny wilgotne, ów nierzadki przypad zakażenia ogólnego, mogą się przedstawiać jako płaskie odosobnione lub zlewające się guzki lub guzy barwy sinawo-czerwonéj, na powierzchni swéj drobno-ziarnistéj pokryte wypociną szaro-żółtą; konsystencyja ich jest zbita. Jeżeli guzy te zlewają się, tworzą one rozległe nacieki zajmujące nieraz u kobiet całą powierzchnię warg sromnych większych, międzykrocza i okolicę odbytnicy. Tego rodzaju kłykciny sączące nie mają najmniejszego podobieństwa do wrzodu stwardniałego.

W innych za to przypadkach kłykciny wilgotne przedstawiają się jako ściśle odgraniczone, płaskie, nieznacznie tylko nad powierzchnię wyniosłe guzki, dochodzące do wielkości grochu i większe, kształtu zawsze okrągłego lub owalnego, o powierzchni ekskoryjowanej, gładkiéj, czerwonéj, w około otoczone wąską opaską szarawego przybłonka, o podstawie naciekłéj ściśle do saméj zmiany ograniczającéj się. Kłykciny te wydzielają obficie ropę, łatwo usunąć się dającą, pojawiają się w przypadkach kiły świeżéj nie leczonéj bardzo licznie, występować jednak także mogą, jakkolwiek mniéj licznie, jako przypad kiły świeżéj odnawiającéj się. Siedzibą ich jest wewnętrzna strona napletka, żołądź, a u kobiet najczęściéj wargi sromne mniejsze; zmiany te sprawiają nieznaczną bolesność, goją się łatwo i stosunkowo szybko. Tego rodzaju kłykciny wilgotne mogą być w pewnych razach brane za wrzód stwardniały. Uwzględnić jednak należy, że kłykciny wilgotne należą do objawów zakażenia ogólnego, że one są zmianami następowemi, a więc obok nich wyśledzić można równoczesne przypady kiły ogólnéj na innych częściach ciała, bądź na skórze, bądź też na błonach śluzowych, obok powiększenia gruczołów chłonnych karkowych i barkowych, a niemal zawsze w przypadkach kiły nieodnawiającéj się wyśledzić jeszcze można, szczególniéj u mężczyzn, miejsce pierwotnego zakażenia z nieodstępnemi obrzękami gruczołów chłonnych. Prócz tego wrzód stwardniały tylko w wyjątkowych razach występuje w znaczniejszéj ilości, rozmiary jego są znaczniejsze, podstawa wybitnie stwardniała nie rzadko granice owrzodzenia przekraczająca, różni się swą charakte-

rystyczną konsystencyją od naciekłej podstawy kłykcin sączących.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Weber-Ebenhof (w Pradze): **Das antiseptische Verfahren in der Geburtshilfe, ein Leitfaden für Geburtshelferinnen und Belehrung der Frauen.** Prag, Urbanek, 1880. (8vo, str. 31.)

Przewodnik powyższy jest uzupełnieniem dziełka: „Nauka o położnictwie dla położnych" tego samego autora i zawiera zasady badania rodzących i pielęgnowania położnic, poucza akuszerki o ich ważném zadaniu w przestrzeganiu wszelkich wpływów szkodliwie działających na zdrowie rodzących i położnic, gani ostremi słowy lenistwo akuszerek i w ogóle podaje wszystkie wiadomości, które każda dobra książka do nauki dla położnych w części swéj ogólnéj zawierać powinna. Główną zaletą broszurki jest, że autor podnosząc, że główną przyczyną powstawania gorączki połogowéj u położnic jest brak odpowiedniéj czystości, stara się wykazać złe następstwa; zaleca więc jak najusilniéj położnym przestrzeganie czystości w własnéj bieliźnie, ubraniu i ciele a szczególniéj czyste utrzymanie rąk i wykazuje, że wszelkie rękoczyny położnych i zabiegi jako to: częste badanie rodzących, rozciąganie palcami ujścia macicznego lub warg, przyczyniają się bardzo często do pęknięcia błony śluzowéj powyższych części, a często i międzykrocza, któreto uszkodzenia są punktem wyjścia i ogniskiem gorączki połogowéj. W celu obmywania rąk i do odwietrzania narzędzi akuszerkom potrzebnych, zaleca nie tylko znany roczczyn krystalicznego kwasu karbolowego, zalecony w dodatku do instrukcyi dla położnych na mocy rozporządzenia minist. spraw wewn. z dnia 23 października 1878 do l. 10381, lecz także radzi mieć i używać roczczynu nadmanganczianu potasowego, kwasu salicylowego, chlorku wapna, a w ostateczności, gdy powyższych środków niema, alkoholu rozcieńczonego lub octu. Aby akuszerki więcéj z temi środkami zapoznać, wykłada im obszernie o stopniu ich rozcieńczenia, rozpuszczalności, podaje cenę i wskazówki, kiedy którego z tych środków ze skutkiem użyć należy. Radzi także, aby bieliznę, pościel, siennik, materace, łóżko rodzących i położnic często odwietrzać jednym z podanych roczczynów, w celu zniszczenia grzybków, którćby się do dróg porodowych łatwo dostać mogły.

Broszurka jest w ogóle bardzo przystępnie i zrozumiale napisana, dla tego może być czytaną w ogóle przez kobiety, mogące przyczynić się do utrzymania czystości bielizny, ubrania, wyboru pokoju dla rodzącéj i dopilnowania położnéj, aby wykonywała swój zawód tak, jak to jéj nauka wskazuje.

Dr. Rybczyński.

O żółtaczce noworodków i o wyborze chwili do podwiązania pępowiny przez Dra Poraka.

Sprawozdanie Dra A. Kwaśnickiego.

Do téj pory nie było jeszcze zgody co do pytania, kiedy należy podwiązywać pępowinę; dla jednych (Cazeaux, Chailly, Verrier, Pénard) podwiązywanie bezzwłocznie po porodzie jest najwłaściwszém, inni (Naegele, Schröder, Jacquemier, Tarnier) dopatrują się w parominutowéj zwłoce wielkich odżywczych korzyści dla noworodka, a mianowicie sądzą, że tą drogą zasila się ustrój noworodka znaczniejszą ilością krwi, aniżeli to ma miejsce przy podwiązaniu bezzwłoczném. W r. 1876 Budin ogłosił znaczną ilość spostrzeżeń, zmierzających do zestawionego obliczenia ilości krwi, wypływającéj z łożyskowego końca pępowiny przy obydwóch sposobach podwiązania téjże, a różnica wyraża miarę korzyści lub szkody dla noworodka, wynikającéj ze stósownego lub niestósownego wyboru chwili do uskutecznienia podwiązania pępowiny. Budin doszedł do przekonania, że jeśli podwiązanie uskutecznia się nie bezzwłocznie, lecz po upływie $^1/_2$—4 minut po ustaniu tętnienia w pępowinie, noworodek zyska 92,6 krwi, a uwzględniwszy, że ilość krwi noworodka wynosi $^1/_{13}$ jego ogólnéj wagi, i że on jéj posiada 269,2, to z liczb podanych przez Budina wynika, że podwiązanie bezzwłoczne naraża noworodka na utratę trzeciéj części całéj ilości jego krwi, nie więc dziwnego, że podobne wyniki teoretyczne uczyniły Budina zwolennikiem opóźnionego podwiązania pępowiny w 1—2 minut po ustaniu tętnienia w pępowinie. Towarzystwo bijologiczne w Paryżu, na posiedzeniu którego odczytał Budin swą rozprawę, oświadczyło temu badaczowi, że wtenczas tylko wyniki jego spostrzeżeń nabiorą rzeczywistéj wartości naukowéj, jeżeli będą poparte odpowiedniemi spostrzeżeniami nad zdrowiem, rozwojem i chowaniem się dzieci, u których oba rodzaje podwiązania pępowiny były stosowane, i jeśli dzieci, u których uskuteczniono podwiązanie opóźnione, rychléj będą przybierać na wadze, aniżeli te, którym dokonano podwiązania sposobem bezzwłocznym.

Praca Budina nierostrzygnęła, lecz postawiła znowu na porządku dziennym sprawę wyboru chwili do podwiązania pępowiny. Kohly w tymże 1876 r. wystąpił z rozprawą, w któréj przytoczeniem wyników ważenia uzasadnia znaczenie wyboru chwili do podwiązania pępowiny dla zdrowia i rozwoju noworodka; jest on zwolennikiem poglądu Budina, lecz spostrzeżenia jego opierają się na zbyt nielicznym materyjale, ażeby posiadały siłę przekonywającą. Żywo zainteresowany tą sprawą Dr. Porak, nad którego pracą ogłoszoną w listopadowym zeszycie *Revue mensuelle* zastanawiamy się w dalszym ciągu, poczynił swe gruntowne spostrzeżenia w szpitalu Cochin, gdzie oba sposoby podwiązania pępowiny stósowano. Już samo powierzchowne przypatrywanie się przekonało autora, że podwiązanie opóźnione nie wpływa na zdrowie dzieci w tym stopniu, ażeby ich rozwijanie się było pomyślniejszém; przedsięwziął on szereg spostrzeżeń ścisłych, opartych na ważeniu dzieci, nie tając sobie trudności podobnych badań, ze względu na to, że sposób karmienia, zdrowie rodziców itd. potężnie wpływając na stopę rozwoju dziecka, mogą doprowadzić badającego do fałszywych wniosków. Wybierał zatém Porak z wielkiéj liczby noworodków tylko takie okazy, które znajdowały się mniéj więcéj w równych warunkach; badania te doprowadziły autora do wniosku, że dzieci, na których uskuteczniono podwiązanie opóźnione, traciły więcéj na wadze i częściéj ulegały żółtaczce. Ten nieoczekiwany wynik skłonił Poraka do grutowniejszych i liczniejszych spostrzeżeń, których następstwem jest obecna rozprawa, obejmująca trzy działy *a)* o żółtaczce noworodków, *b)* o wyborze chwili do podwiązania pępowiny, *c)* o zaburzeniach w ustroju, wywołujących żółtaczkę u noworodków.

a) O żółtaczce noworodków. Żółtaczka noworodków zalicza się do przypadków tak zwyczajnych, że są autorowie, którzy przyznają jéj znaczenie fizyjologiczne; żółte

zabarwienie skóry najłatwiéj spostrzegają u tych noworodków, których powłoki miały przy porodzie barwę różową; jeśli zaś takowe posiadają odcień ciemno-czerwony, zabarwienie żółtaczkowe spostrzega się trudniéj, lecz niemniéj występuje ono wybitnie, skoro uciskając skórę, krew z niéj wypędzimy. Żółtaczka noworodków przedstawia taką rozmaitość natężenia barwnego, że sama jasność wyłożenia przedmiotu wymaga podzielenia jéj na stopnie. Porak rozróżnia trzy stopnie żółtaczki noworodków: pierwszy odznacza się słabém zżółknięciem powłok na piersiach, plecach i twarzy, zabarwienie występuje niejednocześnie, pojawiając się pierwotnie na twarzy, przyczém białkówka oka nie zmienia barwy prawidłowéj; pierwszy ten stopień występuje w dobę po porodzie, i znika 3go lub 4go dnia. Drugi stopień, prócz okolic zajętych w 1szym stopniu, rozciąga się do powłok brzusznych i przytułowiowych części odnóg; białkówka oka i podniebienie żółknieją, i tylko wyjątkowo spostrzegano, że białkówki zachowały przyrodzoną barwę; żółtaczka 2go stopnia pojawia się rychło, lecz trwa dłużéj, aniżeli 1go stopnia, i znika 6go lub 7go dnia. W stopniu 3cim żółte zabarwienie silnego natężenia zajmuje całą przestrzeń powłok, i wyjątkowo tylko oszczędza małe, ograniczone miejsca. Porak rozdziela ten trzeci stopień na dwa podziały; w pierwszym utrzymuje się barwa żółta wyższego natężenia, drugi zaś odznacza się odcieniem zielonkowym ciemno-żółtego zabarwienia skóry, przyczém mocz zawiera barwiki żółciowe, czego w 1szym podziale nigdy nie spostrzegano. Żółtaczka 3go stopnia pojawia się z końcem pierwszéj doby po porodzie, lecz trwa do dnia 9go lub 10go.

Spostrzegłszy żółtaczkę na 248 noworodkach, podaje Porak następujące cyfry statystyczne: 20% nie uległo żółtaczce; 14% miało ją w 1szym stopniu, 37% w drugim, 29% w trzecim, przeto 80% noworodków ulega żółtaczce. Autor usiłował dopatrzyć się jakiegokolwiek zaburzenia, będącego w związku z żółtaczką noworodków, lecz wynik był ujemny z wyjątkiem, że wątroba zawsze była prawidłowa i zabarwienie kału świadczyło o domięszanéj doń żółci. Dłużéj autor zastanawia się nad moczem noworodków: mocz, oddany po raz pierwszy po porodzie, jest bezbarwny jak woda i uderzającéj przeźroczystości; mocz zaś następnie oddawany już jest zabarwiony, i w ciągu pierwszych dni życia odznacza się obfitym osadem, który trzeba odnieść do skupień krystalicznych, wypełniających ceweczki nerkowe, a które to skupienia Virchow i Schlossberger nazwali zawałem moczowym, składającym się przeważnie z moczanu sodowego. Począwszy od dnia 3go życia ilość moczu zwiększa się, i własności jego zmieniają się, osad znika, bezbarwność i brak woni powracają. Żółtaczka noworodków i jéj stopień w niczém nie zmieniają zabarwienia moczu. Prof. Gubler badał barwę moczu osób dorosłych, cierpiących na żółtaczkę i znalazł cechy odrębne tego zabarwienia, w miarę tego, czy mocz pochodził od osoby cierpiącéj na żółtaczkę, mającą swe źródło we krwi, lub też w żółci; w pierwszym przypadku barwa moczu jest żółto bursztynowa, nieco brunatnawa, a po zakłóceniu na moczu takim powstaje piana barwy różowo-żółtéj, i takież są plamy na bieliźnie; inaczéj się przedstawia barwa moczu, jeśli żółtaczka ma swe źródło w żółci; jest ona złotawa, pieni się przy zakłóceniu zielonkawo, i plamy na bieliźnie są żółto-zielone. Daléj prof. Gubler badał żółtaczkowy mocz osób dorosłych pod względem jego oddziaływania na odczynniki; jeżeli się wlewa po ściance epruwetki kwas azotowy, powstaje w moczu, jeśli żółtaczka ma swe źródło w żółci, zabarwienie zielone, przechodzące następnie w szereg barw widma słonecznego, jeśli zaś źródłem żółtaczki jest krew, kw. azotowy wywołuje w moczu barwę czerwono-brunatną. Porak badał powyższym odczynnikiem mocz dzieci, cierpiących na żółtaczkę noworodków i spostrzegał tylko cienki pierścień zabarwienia czerwonego rozmaitego natężenia; czasem powstawały dwa pierścienie, dolny czerwony, górny brudno błękitny; wyjątkowo tylko widział Porak po nad pierścieniem czerwonym drugi pierścień barwy szaréj, którą Gubler porównał do sepii rozwodnionéj; pierścień ten cechuje w moczu obecność barwika zupełnie różnego od tego, który zwykle w téj wydzielinie znajdujemy, i który podług Poraka należy odnieść do **hemafeiny**; spostrzegał on go tylko w moczu dzieci, cierpiących na żółtaczkę 3go stopnia.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie VIte z d. 9go kwietnia 1879 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 18.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Przewodniczący wita Dra Smoleńskiego jako nowego członka Komisyi.

2) Sekretarz zawiadamia o darze Dra E. Majewskiego kilkunastu broszur dla księgozbioru Komisyi.

3) Tenże odczytuje pismo p. K. Medweckiego właściciela Żegiestowa, w którém takowy uprasza Komisyję o wstawienie się i poparcie u władz naczelnych w Wiedniu sprawy przekształcenia istniejącego przystanku kolejowego w Żegiestowie na stałą stacyję w zakładzie. Na wniosek przewodniczącego uchwalono udać się w téj sprawie do Ministerstwa handlu.

4) Prof. Dr. Olszewski zawiadamia, iż odbył wycieczkę do Krynicy w celach hydrognostycznych i rozbierał wody w okolicy tego zdrojowiska, dotychczas nie rozbierane, mianowicie w Jastrzębiku i Słotwinie. W Jastrzębiku wytryskają po prawéj stronie strumyka dwa zdroje mineralne, które oznaczył Nr. I i II. Wyniki rozbioru chemicznego są następujące:

	Zdrój Nr. I.		Zdrój Nr. II	
Ciepłota wody	+8.9° C.		+8.2° C.	
przy zewnętrznéj ciepłocie +18° C.				
w 1000 cz. wody znajduje się:				
Węglanu sodowego	0.02014	cz.	0.04610	cz.
„ wapniowego	0.52946	„	0.08788	„
„ magnowego	0.10122	„	0.14979	„
„ żelazawego	0.02869	„	0.01494	„
Kwasu krzemowego	0.03285	„	0.04091	„
Chloru	ślady			
Składników stałych	0.71236	„	1.33962	„
Kwasu węgl. w ogóle	2.6862	„		
Kwasu węglowego istotnie wolnego	2.07582	„	nieoznaczone	

W zdrojach tych zasługuje na uwagę, że ilość żelaza zostaje w odwrotnym stosunku do ilości składników stałych. Zdrój I można uważać za czystą szczawę żelezistą dość silną.

Na zachód od znanego zdroju słotwińskiego wytryskają dwa zdroje I i II. Ciepłota wody I zdroju +13.2° C. przy zewn. +23° C. Ciepłota zaś wody II zdroju wynosi +12° C. przy zewn. ciepłocie +23° C. Wyniki rozbioru chemicznego są następujące:

W 1000 cz. zawiera

	Zdrój I.	Zdrój II.
Węglanu sodowego	1.91287 cz.	1.16934 cz.
„ wapniowego	0.40587 „	0.38882 „
„ magnowego	0.44779 „	0.28123 „
„ borowego	0.02467 „	0.01908 „
„ żelazawego	nieoznaczony	nieoznaczony
Chlorku potasu	0.02613 cz.	ślad
Kwasu krzemowego	0.04295 „	0.02944 cz.
Składników stałych	2.86023 „	1 88791 „

Kwasu węglowego w obydwóch zdrojach nieoznaczano.

Zdrój Nr. I zasługuje na uwagę z powodu znacznéj ilości węglanu sodowego a przypuszczać należy, że ilość węglanu sodowego wzmogłaby się znacznie, gdyby odcięto przypływ wody słodkiéj i obok płynącego strumyka. Wszystkie zdroje w okolicy Słotwiny zawierają węglan borowy w znaczniejszéj ilości, nie posiadają zaś kwasu siarkowego. Zdroje krynickie zawierają bardzo mało węglanu borowego a idąc ku Muszynie stopniowo znika w zdrojach węglan borowy a natomiast występuje kwas siarkowy. Zdrój własnością aptekarza Nitribitta będący można uważać za granicę, na której wody nie zawierają ani węglanu borowego ani téż kwasu siarkowego.

Dr. Skórczewski w zdrojach słotwińskich nie znalazł smaku żelaza i dlatego zgodnie z p. Walterem uważa te wody za szczawy sodowe.

5) Przewodniczący wykazuje potrzebę monografij szczegółowych zdrojowisk krajowych w językach niemieckim i francuskim napisanych; mniema że publikacyje w obcych językach mogą się przyczynić do podniesienia przemysłu zdrojowego a nawet i rozwoju samych zakładów, które mają dotychczas prawie wyłącznie tylko miejscowe znaczenie. Warto więc zwrócić uwagę Zarządów zdrojowych na potrzebę publikacyj balneologicznych w językach niemieckim i francuskim. Przy téj sposobności Dr. Skórczewski zawiadamia o wydawnictwie warszawskiém pod redakcyją Dra Dobieszewskiego wychodzącém pod tytułem: „Opis celniejszych zdrojowisk krajowych i zagranicznych, i sądzi że przedewszystkiém należy się zająć ułożeniem monografij zdrojowych w ojczystym języku, na co prof. Korczyński odpowiada, że rzecz tę można poruszyć, ale nie uważa jéj za pilną, wszystkie nasze bowiem zdrojowiska posiadają już szczegółowe opisy przez różnych autorów skreślone po polsku. Dr. Warschauer radzi tłumaczyć na obce języki monografije, które w przyszłém wydawnictwie mają się pomieścić; korzyść z takich publikacyj osiągnąć tylko może przesyłka wód. Po przemówieniu przewodniczącego, w którém tenże podniósł ważność obznajomienia mieszkańców sąsiednich nam wschodnich prowincyj i krajów, zwłaszcza Multan i Wołoszczyzny, z naszemi zakładami, wniosek przyjęto i uchwalono zwrócić uwagę właścicieli zdrojowisk na potrzebę publikacyj zdrojowych w języku niemieckim i francuskim, a o ile można i w języku rosyjskim.

6) Dr. Skórczewski odczytuje ostatnią część swéj rozprawy „o kąpielach borowinowych.“ Obszerna ta praca drukowana w IIgim zeszycie Pamiętnika Tow. lek. warszawskiego streścić się daje w następujący sposób:

Rozbierając dotychczasowe prace nad kąpielami borowinowemi Osanna (1820). Boschana, Cartellierego, Lehmanna, Kischa, Jacoba itd., wykazał prelegent jak rozmaici autorzy różne stawiali hipotezy, aby wytłumaczyć działanie tych kąpieli. Niemal każdy z nich innym czynnikom przypisywał główne ich działanie, ale hipotezy te według dzisiejszego stanu nauk i zdaniem prelegenta utrzymać się nie mogą, albowiem dziś po rozlicznych doświadczeniach fizyjologicznych przypuszczać nie możemy, aby z kąpieli odbywało się chłonienie znaczniejszéj ilości soli żelazawych i aby te ostatnie dostały się do organizmu; chłonienie lotnych kwasów organicznych byłoby możebném, lecz rozbiory chemiczne borowiny na kąpiel używanéj albo ich wcale nie wykazują, albo niezmiernie małą ilość, więc i ta hipoteza nie może mieć większego znaczenia

W drugim rozdziale drogą analityczną przystępuje prelegent do właściwego przedmiotu. Skreśliwszy sposób powstawania torfowisk zastanawia się nad własnościami fizycznemi i chemicznemi borowiny, czyli torfu włóknistego oraz kąpieli borowinowéj. Z własności fizycznych dłużéj zatrzymuje się przy ciężarze gatunkowym, do czego nakłania go wypowiedzenie Röhriga w pracy o fizyjologii skóry „że absolutnie nie da się to pojąć i nie wiadomo czém to wytłumaczyć, żeśmy się nad obciążeniem w kąpieli tak mało zastanawiali.“ Prelegent podaje wypadki swych przybliżonych obliczeń, z jaką siłą ciśnie na zanurzone ciało kąpiel borowinowa i kąpiel wodna, a z tego okazuje się, że to ciśnienie na odnogi dolne wynosi w kąpieli borowinowéj 460 klg. w kąpieli wodnéj 400 klg., czyli że ciśnie na powierzchnię odnóg dolnych w kąpieli borowinowéj siłą 35 a w wodnéj 30 mm. rtęci. Następnie stara się wykazać, iż jest prawdopodobném, że to ciśnienie kąpieli może wpłynąć na zmianę światła naczyń zwłaszcza naczyń drobniejszych, sprężystych, podatnych, które rozszerzają się pod wpływem parcia krwi. W takim razie parcie krwi a ciśnienie kąpieli działałoby na ściany naczyń w kierunkach wprost sobie przeciwnych, zatém wypadkowa tych dwóch sił wskazywałaby nam zachowanie się światła naczyń. Z przeprowadzonych obliczeń wypada w przybliżeniu: że wypadkowa jest blizko o jednę trzecią część mniejszą niż parcie krwi, a więc blizko o jednę trzecią zmniejszyłoby się światło naczyń w odnogach dolnych zanurzonych w kąpieli borowinowéj. Dalszy wniosek z tego sam się już nasuwa, iż przezto zmniejszyć się musi ilość krwi zwykle znajdującéj się w tych częściach ciała, czyli że powstaje tam częściowa niedokrewność.

Podobnego wpływu na ustrój spodziewa się prelegent ze znacznéj zbitości kąpieli borowinowéj, z tą jednak różnicą, że to działanie kąpieli występuje tylko w czasie ruchów, wśród których skutek rozmaicie się rozkłada na całą powierzchnię. Znaczną zbitością wyróżnia się kąpiel borowinowa od wszystkich innych, ta jest swoistą jéj własnością. Że ona nie jest obojętną dla ustroju, ale że na niéj polega część własności leczniczych téj kąpieli, upatruje prelegent w tém, że empirycy zawsze polecali, aby w téj kąpieli się poruszać, gdy w innych zwykle polecali spokój. Wspomina téż o tém, że przypuszczano wywiązywanie się prądów elektrycznych skutkiem tarcia, i od tych usiłowano wyprowadzać działanie kąpieli borowinowéj; mało wprawdzie było zwolenników téj teoryi, lecz nie mając żadnych dowodów nie można występować ani *pro* ani *contra*.

(Dokończenie nastąpi.)

Komisyja sądowolekarska Tow. Lek. Krak.

Posiedzenie II. z d. 25go kwietnia 1879 r.

Przewodniczący prof. Blumenstok, obecnych członków 8.

1) Przewodniczący oznajmia, że Tow. lekarskie potwierdziło wybór proff. Czyrniańskiego i Zatorskiego na członków komisyi, oraz podaje powody, dla których uchwały zapadłe na poprzedniém posiedzeniu dotąd nie mogły być wykonane.

2) Prof. Dr. Bojarski wykazując braki w przepisach ustawowych, tyczących się zbrodni ciężkiego uszkodzenia ciała, przedstawił, iż Sąd Najwyższy obecnie porzuca za szczupłą definicyję przyjętą w komentarzu Herbsta do ustawy karnéj austr. samego przez się ciężkiego uszkodzenia, któreby mogło według jego zdania wtenczas zachodzić, gdyby nastąpiło obrażenie, tyczące się jakiegoś ważnego dla życia organu, albo któreby pociągało za sobą utratę lub nieużyteczność jakiéj do całości ciała ludzkiego należącéj części, a trzyma się pod tym względem raczéj tego zdania, że należy jedynie indywidualizować każdy przypadek, a więc że w danym przypadku ważne uszkodzenie lub jego skutki, choćby nie były połączone z chorobą i niemożnością pełnienia obowiązków przez przeciąg dni 20, lub zwichnięciem umysłu bez względu na czas, mogą być uznane za uszkodzenie ciężkie, jeżeli się okaże w danych stosunkach, że uszkodzenie to było znaczniejszym uszczerbkiem dla ciała.

Na téj podstawie przywiódł prof. Dr. Bojarski trzy rozmaite orzeczenia Sądu Najwyższego, które to zapatrywanie się potwierdzają.

W orzeczeniu z dnia 5 listopada 1877 l. 9343 (*Gerichts-Zeitung* z dnia 7 grudnia 1877 Nr. 98.) Sąd Najwyższy w przypadku, w którym parobek rzucając z odległości 4 kroków na innego parobka kamieniem wybił mu dwa zęby sieczne, z tego powodu przyjął ciężkie uszkodzenie ciała, że zgodnie ze zdaniem lekarzy sądził, iż w skutek wybicia zębów przyrząd żucia został

osłabiony i uszkodzony; w orzeczeniu z dnia 9 września 1870 l. 10582 (*Gerichts-Zeitung* z dnia 7 października 1870 N. 80), odgryzienie małżowiny ucha prawego, które Wydział lekarski w Gradcu wbrew zdaniu lekarzy sądowych jedynie tylko ze względu na oszpecenie nazwał uszkodzeniem ciężkiém, uznał Sąd Najwyższy również za zbrodnię ciężkiego uszkodzenia, gdyż właśnie skutki z uszkodzenia wynikające mogą być tak ważne (doniosłe), że znawcy z wszelką słusznością mogą ciężkie przypuścić uszkodzenie. Również i orzeczenie z d. 4 lipca 1855 l. 5724 (*Gerichts-Zeitung* z 1855 r. Nr. 98 także w Zbiorze orzeczeń sądowych Glasera t. I. Nr. 676), potwierdza to zdanie, gdyż pobicie takie, które pociągnęło za sobą poronienie, na podstawie iż ono „bez wątpienia, co również znawcy uznali“, jest ciężkiem uszkodzeniem ciała, uznano za zbrodnię z §. 152 k. k.

Tak więc według zapatrywania się Sądu Najwyższego podstawa obrażenia ciężkiego, tak zwanego w praktyce „samém przez się“, nie jest tylko obrażenie samo przez się, ale także i takie obrażenie, które w danym przypadku dla następstw swych dopiero staje się ważném.

W dyskusyi Przewodniczący zwraca uwagę, że wszystkie trudności, nasuwające się lekarzowi sądowemu przy orzekaniu o uszkodzeniu ciężkiém, wynikają tylko ztąd, że ustawa austryjacka dotąd obowiązująca definiuje uszkodzenie ciężkie w sposób nieodpowiedni, biorąc za podstawę onego nietylko nadwerężenie zdrowia lub niezdolność do pracy zawodowéj przez 20 dni przynajmniéj trwającą lub zwichnięcie umysłu (bez względu na czas), ale także „obrażenie ciężkie“, przypuszczając tém samém, że pojęcie uszkodzenia (*Beschädigung*) oznacza co innego, aniżeli pojęcie „obrażenia“ (*Verletzung*), lub przynajmniéj jest obszerniejszém od ostatniego, co jednak ani pod względem językowym, a tém mniéj pod względem lekarskim wcale niejest uzasadnionem. A ponieważ w praktyce nie można wszystkich ważniejszych uszkodzeń podporządkować pod kategoryję nadwerężenia zdrowia lub niezdolności do pracy 20-dniowéj lub zwichnienia umysłu, więc sędziowie uciekają się w takich razach do ciężkiego „obrażenia“ (ustęp *c*) §. 152 k. k.), lekarze zaś sądowi co do téj kwestyi często nasuwającéj się rozpadają się na dwa obozy. Jedni, wychodząc z zapatrywania, że pojęcie „ciężkiego obrażenia“ nie jest lekarskiém, nie wdają się wcale w roztrząsanie onego, a tém samém przypuszczają, że uszkodzenie ze stanowiska sądowolekarskiego wtedy tylko jest ciężkiém, jeżeli ono pociągnęło za sobą nadwerężenie zdrowia lub niezdolność do pracy przez dni 20 przynajmniéj trwającą, albo wreszcie zwichnienie umysłu, wszelkie inne zaś uszkodzenia pod te kategoryje nie podpadające uważają za lekkie. Drudzy wskazują na to, że są liczne uszkodzenia, jak np. wstrząśnienie mózgu, wybicie kilku zębów, poronienie, które nie dają się podporządkować pod ów termin 20-dniowy a przecież nie mogą uchodzić za lekkie, że więc w obec nich należy uciekać się pod skrzydła „obrażenia ciężkiego“ (samego przez się). Orzeczenie zatém w przypadku danym opiewa odmiennie, w miarę tego, do którego obozu orzekający się zalicza, a ztąd powstają zwłaszcza na prowincyi starcia pomiędzy lekarzami sądowymi, którzy nieraz, jak to z doświadczenia wiadomo, najniepotrzebniéj posądzają się nawzajem o nieuctwo, jeżeli jeden z nich uznaje uszkodzenie tego rodzaju za lekkie, które drugi uznał za ciężkie. Zapominają, że tam, gdzie kwestyja nawet dla prawników jest wątpliwą, tém większa pozostawiona jest swoboda dla znawcy w ocenianiu przypadku szczegółowego według własnego sumienia i przekonania. Swobody téj nie uszczupla wcale i orzeczenie Sądu Najwyższego, bo orzeczenia téj najwyższéj instancyi sądowéj nie są wcale ustawami, nie krępują one sądów, a tém mniéj znawców. Oby więc i lekarze przestali obwiniać się nawzajem i pozostawili sobie tyle swobody w orzekaniu, ile im przyznaje ustawa. Nowsze prawodawstwa (jak np. ustawa karna niemiecka i projekt nowéj ustawy karnéj austr.) porzucają wszystkie powyższe kategoryje, jako zbyt sztuczne, i biorą za podstawę podziału uszkodzeń cielesnych następstwa stałe, jakie obrażenie za sobą pociągnęło, uznając tym sposobem obrażenie za ciężkie wtedy tylko, jeżeli człowiek skutkiem onego poniósł uderzające oszpecenie, okaleczenie, charłactwo, utratę wzroku, słuchu, ręki lub nogi, płodności itd., wszystkie inne zaś obrażenia uznając za lekkie, jakkolwiek na ostatnie naznaczona jest kara więzienia aż do lat kilku. Podział ten niezaprzeczenie jest racyjonalnym i mniéj sztucznym, ale ma także ujemne swoje strony, albowiem nasuwa i on wątpliwości liczne, głównie pod względem tłumaczenia poszczególnych pojęć, jak np. charłatwa, utraty członka itd. Dopóki zaś u nas obowiązywać będzie kodeks dotychczasowy, należy przedewszystkiém indywidualizować; nieco praktyczną jest może i rada prof. Hofmanna, aby w przypadkach wątpliwych porównać obrażenie dane z obrażeniem, które pociąga za sobą np. słabość 20-dniową, celem przekonania się, czy obrażenie to wątpliwe można klaść na równi z ostatniém, a tém samém uznać je za ciężkie. — Dr. Obaliński mniema, że jakkolwiek w oznaczeniu terminów trwania choroby należy być ostrożnym, to jednak zgodziłby się na zatrzymanie terminu 20-dniowego, aby znawca miał wskazówkę i podstawę do wydania swego orzeczenia, bo bez niéj panowałaby zupełna dowolność. Przy téj sposobności podnosi także nieuzasadniony podział w nagradzaniu czynności znawców, mniejszém, jeżeli uszkodzenie uznane zostało za lekkie, a większém, jeżeli było ciężkiém; bo czynność przy dochodzeniu uszkodzenia lekkiego może czasem być większą, aniżeli przy ciężkiém. — Dr. Sciborowski dla wykazania jak nieraz podstawa do orzeczenia jest chwiejną, przytacza przypadek, w którym wybicie 4ch zębów u człowieka starszego, mającego zęby nadpsute, uznał za uszkodzenie lekkie, wychodząc z téj zasady, że obrażony nie doznał ani oszpecenia, ani upośledzenia czynności ani mowa nie została zmienioną, ani wreszcie cierpienie będące następstwem obrażenia nie trwało dni 20. Sąd z tém zapatrywaniem w zupełności się zgodził.

3) Przewodniczący opowiada przypadek sądowolekarski, w którym zachodziła wątpliwość, czy śmierć człowieka nastąpiła z zadławienia lub utopienia, i w którym badanie włosów, pomimo wyniku ujemnego, miało dość wielkie znaczenie dla śledztwa. (Przypadek ten będzie ogłoszony w Przegl. Lek.)

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Kralczyński, sekretarz.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* W Warszawie ustanowioną została pod przewodnictwem wice-gubernatora ks. Dolhorukowa komisyja, mająca za zadanie polepszyć warunki higijeniczne miast powiatowych i miasteczek w obrębie gubernii. Jako środki, mające służyć do osiągnięcia zamierzonego celu, wskazano: 1) w celu nadzoru nad działalnością powiatowych komitetów sanitarnych ma być utworzony stały komitet zdrowotny gubernijalny, zaś dla zapewnienia komitetom powiatowym obszerniejszego zakresu działań ma im być pozwolone zakładanie komitetów gminnych. 2) Instrukcyja dana komitetom sanitarnym zostanie zastąpiona przez nową, wypracowaną dla komitetów powiatowych, gminnych i miejskich (w miastach niepowiatowych), za przedstawieniem jéj poprzednio pod zatwierdzenie p. gubernatora i 3) Mają być rozesłane do wszystkich gminnych, powiatowych i miejskich komitetów, a również do zarządów gminnych i magistratów egzemplarze „ogólnych przepisów sanitarnych.“ (*Kur. Warsz.*)

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 20 (od 11 do 17 maja) umarło w Krakowie osób 32; męż. 16 i kob. 16; w obwodach 15, w szpitalach 17; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 29,5. W tymże czasie umarła w Krakowie 1 osoba z zimnicy. Doniesiono w 21 tygodniu o następujących przypadkach chorób zakaźnych: 1 płonicy (ze Stradomia L. 12); 2 zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych nagminnego (ze Zwierzyńca i ?).

Komisyja sanitarna odbyła dnia 26 b. m. pod przewodnictwem prezydenta Dra Zyblikiewicza posiedzenie, na którém po długiéj i bardzo ożywionéj dyskusyi nad sprawą zaopatrzenia miasta w dobrą wodę, wybrano na wniosek przewodniczącego komitet złożony z Drów Kaź. Grabowskiego, Korczyńskiego i Stopczańskiego, któryby się rozpatrzył w sprawozdaniu Dra Lutostańskiego z poszukiwań nad wodą w okolicach Krakowa i przedstawił na najbliższém posiedzeniu wnioski co do dalszego badania. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 29 maja. *Berl. klin. Woch.* (Nr. 21) donosi co następuje: „Dr. Adamkiewicz, asystent kliniki chorób nerwowych prof. Westphala, powołany został przez uniwersytet krakowski jako profesor zwyczajny patologii ogólnéj". Gdy wiadomość tę znaleźliśmy nadto i w dziennikach politycznych polskich i niemieckich, nie mamy powodu milczenia nadal o téj sprawie i nieuzupełnienia owéj wiadomości. W istocie Wydział lekarski tutejszy zapewniwszy się poprzednio, że Dr. Adamkiewicz włada językiem polskim, a nawet ma wymowę czystą i poprawną, zapytał się go, czyby nie przyjął katedry patologiii ogólnéj i doświadczalnéj w Krakowie, a gdy Dr. A. oświadczył gotowość swoją do objęcia takowéj, uchwalił przedstawić go Ministerstwu oświaty na profesora zwyczajnego. Według przepisów obowiązujących atoli każdą sprawę niezałatwioną należy zachować w tajemnicy urzędowéj, i z tego powodu wiadomość o powołaniu Dra Adamkiewicza drogą na Berlin dostać się musiała do tygodnika naszego. Jeżeli powołany w istocie włada należycie językiem polskim, wybór Wydziału lek. nazwać wypada bardzo szczęśliwym. Dr. Adamkiewicz, docent w wydziale lek. berlińskim i asystent prof. Westphala, znany jest zaszczytnie z prac swoich ściśle naukowych, ogłoszonych w języku niemieckim, ztąd dostateczna rękojmia, że uniwersytet nasz pozyska w nim dzielnego pracownika. Propozycyja Wydziału odejdzie zapewne do Wiednia jeszcze przed wakacyjami; a przypuścić należy, że Ministerstwo oświaty zechce jak najprędzéj wybór ten potwierdzić.

* Do przypadku, o którym wspomnieliśmy w Nrze 17 Przegl Lek., przybyły dwa nowe przypadki, świadczące wymownie, że zachodzi gwałtowna potrzeba, aby w nowo wybudowanym zakładzie dla obłąkanych w Krakowie zaradzono czém prędzéj pewnym niestósownym urządzeniom, jeżeli Wydział krajowy nie życzy sobie, aby jak w roku zeszłym nad Kulparkowem, w tym roku rozprawiano w Sejmie nad zakładem tutejszym. Jak nieodpowiedniemi są separatki w zakładzie nowym dowodzi fakt, że temi dniami pewien obłąkany w komórce takiéj postawiwszy siennik wyszedł po nim przez okno na piec znajdujący się w kurytarzyku i górném oknem wybiwszy 3 szyby zeskoczył z wysokości więcéj niż piętrowéj i uciekał do ogrodu, gdzie dopiero przez posługacza przytrzymany został. Na szczęście ów obłąkany prócz małego siniaka nie poniósł żadnéj innéj szkody. O wiele smutniejszym był drugi przypadek. Kobieta 57 letnia, cierpiąca na zadumę, przez drzwi przypadkiem niezamknięte dostała się na schody służbowe i z nich spadła do suterenu; kobieta ta w 2 godziny ducha wyzionęła. Sekcyja sądowa na zwłokach jéj odbyta wykazała kilkakrotne złamanie miednicy, kilku żeber i wyrostków kręgosłupa, zmiażdżenie śledziony i krwotok wewnętrzny. — Smutne to są dowody bezpieczeństwa, jakiego doznają chorzy mieszczący się w nowym zakładzie, a Wydział krajowy powinien szybko przystąpić do zapobieżenia dalszemu złemu!

* **Konkurs** na posadę sekundaryjusza w szpitalu powszech. w Tarnowie z płacą roczną 400 zła., wolném pomieszkaniem w szpitalu i opałem. Podania do d. 20 czerwca do Magistratu m. Tarnowa.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 21: Wolberga: Przepuklina wrodzona, uwięziona w wypukleniu otrzewnéj (z kliniki chir. prof. Wahla w Dorpacie); Heringa: O operacyi polipów krtani; Biesiadeckiego: Sprawozdanie o przebiegu dżumy w gub. astrachańskiéj (odbicie z *Przeglądu Lekarskiego*): w *Medycynie* Nr. 21: Wolskiego: Kwas salicylowy jako lek przeciwczerwiowy.

Redakcyja otrzymała:

C BONFIGLI (w Ferrarze): Sulla Pellagra. Lettere polemiche dirette al Dr. C Lombroso (Osobne odbicie z *Raccoglitore medico*) in 8vo, str. 116

Z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie: O skutkach fizyjologicznych i leczniczych wlewania do jelit większych ilości płynów przez Dra E ROSENBLATTA (Osobne odbicie z Pam. Tow. lek warsz. z r 1879.) in 8vo, str 27.

Dra RYDYGIERA (w Chełmnie): Uiber Phosphornekrose. (Osobne odbicie z *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*) in 8vo str. 27. (Jestto tłumaczenie rozprawy drukującéj się w Przeglądzie Lek., a któréj dokończenie ukaże się w przyszłym numerze.)

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 4 czerwca posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) Kol. Oettinger poda wiadomość o zbiorze pism hipokratycznych. 2) kol. Domański okaże pod drobnowidem i objaśni preparata zboczeń chorobowych w układzie nerwowym.

Do Numeru dzisiejszego dołącza się Przewodnik informacyjny o Rabce.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $4\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Kraków, 7 czerwca 1879. № 23. Rok XVIII.

I. O wyróżnianiu wrzodów wenerycznych części płciowych ze stanowiska klinicznego.

(Odczyt miany na posiedzeniu Tow. lek. krak.)

Przez Dra Zarewicza,
prymaryjusza oddz. wener. i skórn.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

Dotychczas mówiłem o wrzodzie stwardniałym, który występuje pod formą ekskoryjacyi i o zmianach, które można uważać za takowy. Wiadomo jest jednak, że wrzód stwardniały nie zawsze występuje jako ekskoryjacyja, lecz przeciwnie często z rozmaitych przyczyn drąży w głąb, a wtenczas przedstawia się nam jako wrzód rozmaitéj rozległości mniéj lub więcéj zagłębiony. Tego rodzaju wrzód posiada brzegi wyniosłe, spadziste, dno jego jest gładkie, szaro-żółte, wcale oddzielić się nie dające, wypociną pokryte. Czasem wypocina pośrodku samego wrzodu jest sino-czerwono zabarwiona, przez co wrzód nabiera wejrzenie szczególniejszego rodzaju; otoczenie wrzodu bywa zaczerwienione, podstawa zaś jego wybitnie stwardniała odgranicza się ściśle od otaczających tkanek; stwardniałość podstawy przekracza wymiary wrzodu, tak że sam wrzód, aby użyć wyrażenia Ricorda, jest do około otoczony jakby twardém jądrem, które mu służy zarazem za łożysko. Kształt wrzodu jest zwykle okrągły, bolesność jego bardzo nieznaczna, a gruczoły w jednéj albo obu pachwinach powiększone w sposób, jak już kolegom wiadomo, kiłę pierwotną charakteryzujący. Z wejrzenia zatém wrzód stwardniały pod tą postacią występujący jest bardzo zbliżony do szankra.

Skoro jednak wrzód stwardniały jest pierwszym objawem zakażenia ogólnego, pociągającym za sobą częstokroć nieobliczone zgubne następstwa, a szankier jest cierpieniem miejscowém, którego bieg i trwanie leżą w ręku lekarza, spodziewam się, że każdy z kolegów uzna doniosłość i ważność wyróżniania obu tych zmian, tak bardzo ze względu na rokowanie i leczenie różniących się od siebie.

Jeżeli się przypatrzymy tym dwom cierpieniom dokładniéj, uderzyć nas musi przedewszystkiém nasilenie przypadów zapalnych w szankrze, w przeciwieństwie do braku tychże we wrzodzie stwardniałym. Obfite ropienie, rozległe zaczerwienienie otaczających, często obrzękłych tkanek, znaczna bolesność, wzmagająca się przy najmniejszym dotknięciu, są to przypady cechujące szankra, a których badający nie jest w stanie przeoczyć.

Rozbierając jednak szczegółowo pojedyncze przypady, widzimy, że brzegi szankra są podminowane, miejscami wyżarte, jakby ząbkowane, dno jego jest nierówne, drobnemi wyniosłościami pokryte; wrzód stwardniały jak widzieliśmy, nieokazuje tego rodzaju budowy. Idąc daléj postrzegamy, że podstawa szankra nieokazuje téj zbitości, jaką się odznacza wrzód stwardniały, a chociaż może ona być czasem skutkiem znacznego zapalenia naciekłą, jest to przecież naciek zapalny, rozlany i więcéj ciastowaty niż chrząstkowato-elastyczna stwardniałość podstawy wrzodu syfilitycznego pierwotnego.

Niekiedy jednak podstawa szankra, tak samo jak i każdéj zwykłéj ekskoryjacyi, skutkiem często po sobie powtarzających się wypalań azotanem srebrowym, siarkanem miedziowym itd. może się stać, jak to już wyżéj wspomniałem, nader podobną do stwardniałości syfilitycznéj.

Jak wejrzenie szankra różni się od wrzodu stwardniałego, tak również różnemi są przypady towarzyszące mu w przyległych częściach ciała. Mam tu na myśli zachowanie się gruczołów chłonnych: gruczoły te przy szankrze bywają albo wcale nie zajęte, albo w jednéj lub obu pachwinach obrzmiewa najbliższy gruczoł chłonny. Powiększony gruczoł jest mocno bolesny, przeszkadza choremu w jego codziennych zajęciach i zmusza go do szukania spoczynku; ból czasem tak znacznie oddziaływa na chorego, iż jego obecność niemal w rysach pacyjenta wyczytać można. Skóra nad gruczołem położona wkrótce zespaja się z samym gruczołem, staje się naciekłą i czerwienieje; temperatura ciała jest podniesioną. Wkrótce z małemi wyjątkami, dymienica przechodzi w ropienie, a po otwarciu ropnia powierzchnia rany niezbyt rzadko przeobraża się w olbrzymiego szankra. Taki

jest przebieg najczęstszy dymienicy towarzyszącéj szankrowi, który niemal we wszystkich szczegółach różni się od znanych kolegom dymienic, cechujących wrzód stwardniały.

Ze zestawienia obu tych wrzodów wenerycznych przekonywamy się, że począwszy od zachowania się ich względem ustroju, aż do ich wejrzenia i przypadów towarzyszących, są one różne od siebie. Gdybyście jednak panowie w powyższych objawach niedostrzegli dość ważnych znamion odróżniających oba te rodzaje wrzodów od siebie, przytoczę jeszcze jednę własność szankra, któréj wrzod stwardniały nieposiada. Własnością tą jest przeszczepialność szankra na samym chorym.

Nim jednak pod tym względem ostateczne zdanie wypowiem, niechaj mi wolno będzie nad tą kwestyją, tak często i w rozmaity sposób przez licznych badaczy poruszaną, nieco dłużéj się zatrzymać. Przedewszystkiém winniśmy sobie zadać pytanie, czy się godzi przeszczepiać choremu szankra w celach dyjagnostycznych? a następnie, czy przeszczepialność szankra może stanowić dowód dyjagnostyczny?

Na pierwsze pytanie odpowiadają niektórzy stanowczo przecząco, wychodząc z zasady, że przeszczepiając dajemy choremu jednego szankra więcéj, który zarówno jak każdy szankier może się stać fagedenicznym, zgorzelinowym itd., może wywołać dymienicę, która zropiawszy jest w stanie przeobrazić się na szankra, słowem możemy chorego narazić na długie a czasem nawet niebezpieczne cierpienie.

Prawdą jest. niedającą się zaprzeczyć, iż przeszczepiając dajemy choremu jednego szankra więcéj, z tego jednak niewynika jeszcze, iżby możliwym szkodliwym jego następstwom niezdołano zapobiedz.

Przyczyna usposabiająca do przeobrażenia się szankra na wrzód fagedeniczny tkwi albo w samym organizmie, czyli jest ogólną, albo też jest wynikiem szkodliwych wpływów zewnętrznych, miejscową.

Jeżeli zatém chory przedstawia wrzód fagedeniczny, którego przyczynę odnieść należy do wpływów wewnętrznych, natenczas przeszczepianie byłoby nieusprawiedliwioném, gdyż przez świeże przeszczepienie wytworzony szankier, jako pozostający pod temi samemi wpływami co szankier nabyty, mógłby przybrać z łatwością w dalszym swym przebiegu charakter wrzodu złośliwego, którego zakończenia niemożna z góry przewidzieć. Stanowczo zatém unikać należy przeszczepienia szankrów u ludzi niedokrewnych, dotkniętych zołzami albo inną skazą krwi, również niedobrze jest przeszczepiać szankra ludziom oddającym się nałogowo pijaństwu. Jeżeli jednak szankier pierwotny nie jest fagedenicznym, natenczas spodziewać się należy, że i pochodzący od niego nie stanie się nim, jeżeli zapobiegniemy zawczasu tego rodzaju wpływom szkodliwym, które przyczyniają się do wywołania fagedenizmu, jak np. brak czystości, częste drażnienie wrzodu przez tarcie odzieżą lub przez niewłaściwie użyte środki lekarskie i wiele podobnych czynników. Z tego wynika, że świeżo przez przeszczepienie otrzymany szankier winien być poddanym jak najtroskliwszemu z naszéj strony pielęgnowaniu, by nie zasłużyć sobie w danym razie na słuszny zarzut opieszałości i lekceważenia choroby.

Również nie godzi się przeszczepiać szankra w tych przypadkach, w których obecności fagedenizmu nie jesteśmy w możności przypisać ani przyczynom ogólnym, ani też miejscowym, to jest w tego rodzaju przypadkach, w których przyczyna jego jest nam zupełnie nieznaną.

Również nie godzi się przeszczepiać szankra w tych przypadkach, w których obecności fagedenizmu niejesteśmy w możności przypisać ani przyczynom ogólnym ani też miejscowym, to jest w tego rodzaju przypadkach, w których przyczyna jego jest nam zupełnie nieznaną.

Jak szankier części płciowych może wywołać ostre dymienice pachwinowe, tak samo szankier na innych częściach ciała mógłby również dać powód do powstania tych dymienic w odpowiednich okolicach. Ewentualność ta jednak, mogę kolegów zapewnić, jest rzadką.

Wcale nieobojętną rzeczą w szczepieniu szankrów jest wybór miejscowości, na któréj przyszły szankier ma się rozwijać; albowiem nowsze doświadczenia pouczyły nas, że jak z jednéj strony nadzwyczaj sprzyjającą okolicą dla rozwijania się szankra jest wewnętrzna strona ud, tak odwrotnie szankry w okolicy nadpępkowéj przeszczepione, pozostawione nawet własnemu biegowi, odznaczają się szczególniejszą łagodnością *(Le Fort)*; ta zatém miejscowość zasługuje w danym razie na główne uwzględnienie. W każdym razie ściśle przestrzegać należy, aby przeszczepiony szankier natychmiast po swojém wytworzeniu się doszczętnie był zniszczony środkami dostatecznie żrącemi.

Z powyższego zatém wynika, iż tam gdzie zależy nam lub choremu na dokładném wczesném dowiedzeniu się prawdy, przy zachowaniu wszelkich ostrożności można przeszczepiać; lekkomyślnością zaś byłoby posługiwać się tym środkiem w tych razach, w których bez niego stanowczo obejść się możemy.

Mówiąc o przeszczepianiu szankra niemogę powstrzymać się od zwrócenia w kilku słowach uwagi kolegów na pewne ostrożności, które zachować należy przy téj drobnéj operacyi.

Przeszczepiając wydzielinę szankra, na pewno liczyć możemy, że w miejscu szczepienia wytworzy się nowy szankier, którego głębokość i rozległość zależeć będą od głębokości i rozległości zrobionego nakłócia. Przestrzegać zatém jak najskrupulatniéj należy, aby nakłócie było małe i powierzchowne i dlatego mniéj wprawnym radziłbym szczepić przez drobne zadraśnięcie naskórka za pomocą szpilki lub innego podobnego narzędzia, a na otrzymaną tym sposobem nieznacznie broczącą powierzchnię przenosić dopiero wydzielinę szankra.

Ważniejszém jednak do rozstrzygnięcia zdaje mi się być pytanie, czy przeszczepialność szankra może być uważaną za nieomylny dowód rozpoznawczy, gdyż jak wiadomo twierdzą niektórzy autorowie, że wrzód stwardniały (równie jak i kłykciny płaskie) daje się także w pewnych razach przeszczepić tak na samym chorym, jakoteż na każdéj innéj kiłą świeżą dotkniętéj osobie.

W krótkości podam szan. kolegom stan dzisiejszego zapatrywania się na tę kwestyję, starając się zarazem rozprószyć panujące pod tym względem niektóre wątpliwości, polegające przeważnie na własném badaniu téj kwestyi, które oparte jest na licznych w tym kierunku przeprowadzonych doświadczeniach.

Chcąc kolegom dokładnie uwidocznić różnicę, jakie zachodzą między wynikami szczepienia szankra a wrzodu stwardniałego na samych chorych, wypada mi przypomnieć kolegom, że szankier już w pierwszych dniach swego istnienia może być bez wyjątku tak na samym chorym jakoteż na każdéj innéj osobie z wynikiem dodatnim przeszczepionym, gdy przeciwnie wrzód stwardniały do niedawnych czasów uważany był za nieprzeszczepialny bądź na samym chorym

bądź też na każdéj innéj kiłą już dotkniętéj osobie, a zaraźliwość swoję ograniczał tylko do osób niesyfilitycznych.

Jako stałą, niezmienną regułę uważać należy bezwyjątkową przeszczepialność szankra w okresie jego kwitnienia, którą własność przechowuje aż do okresu rozpoczynającego się gojenia, w tym zaś okresie przeszczepienie szankra (o ile nam wolno polegać na doświadczeniach Fourniera) w rzadkich tylko razach udaje się. Szankier przez przeszczepienie powstały jest daléj w następujących kolejach na samym chorym i na każdéj innéj osobie przeszczepialnym.

Doświadczenia w tym celu dokonywane pouczyły nas również, iż szankier nieposiada wcale okresu wylęgania się; już w pierwszym dniu, kiedy dla oka naszego niema jeszcze prawie zmian widocznych, chory uczuwa w miejscu przeszczepioném lekkie swędzenie lub pieczenie, jako zapowiedź rozpoczynającéj się pracy przyszłego niszczenia.

Nie będę opisywał przebiegu szankra przez szczepienie wywołanego, gdyż różni się od szankra, który w codziennéj naszéj praktyce widzimy, przez to jedynie, że szankier szczepiony rozpoczyna się od pęcherzyków, przeciwnie zaś szankier przez spółkowanie nabyty przedstawia się z przyczyn łatwych do pojęcia jako wrzód mniéj lub więcéj rozległy.

Wspomniałem kolegom, że i wrzód stwardniały (także i kłykciny wilgotne) według mniemania niektórych badaczy może być na samym chorym przeszczepiony.

Z kwestyją tą jako niedawnym nabytkiem syfilidologii, a ulegającą jeszcze rozmaitym tłumaczeniom, wypada mi kolegów nieco dokładniéj obznajomić.

Zasługa pod tym względem należy się Drom Boeckowi i Bidenkapowi. Uważają oni zmiany po szczepieniu powstałe za szankry, polegając jedynie na téj okoliczności, że przedstawiają się jako wrzody mogące być daléj tak na samych chorych, jakotéż na innych osobach syfilitycznych przeszczepione. Twierdzenie ich jednak znacznie utraciło na znaczeniu, od czasu, gdy doświadczenia innych badaczy wykazały, że u osób syfilitycznych, po zaszczepieniu ropy zdjętéj ze zmian natury czysto zapalnéj, powstają tego samego rodzaju zmiany, jak te, które Boeck i Bidenkap opisują. Niedziw więc, że w obec tych doświadczeń zapatrywanie Boecka co do tłumaczenia natury zmian otrzymanych napotyka do dziś dnia na pewne trudności.

Doświadczenia tego rodzaju robiłem bardzo luźnie przez długi czas i przekonałem się, iż lubo prawdą jest, że tak wrzód stwardniały jak i kłykciny sączące dają się w pewnych razach przeszczepić na osoby syfilityczne, i że zmiany ztąd powstałe są w dalszych kilku kolejach na tego rodzaju chorych przeszczepialne, mimo to jednak niepodobna mi jest zmian przez przeszczepienie wywołanych uważać za szankry, a to z tego powodu, że różnią się od siebie swém wejrzeniem; powierzchowne owrzodzenie, które postrzegamy po oddaleniu pęcherzyka lub strupka, posiada brzegi spadziste, dno gładkie mniéj lub więcéj ropą obłożone, a zatém wprost przeciwnie, jak to szankry zwykły okazywać. Wrzodziki te otoczone są skórą zaczerwienioną i miernie naciekłą, bolesność ich jest nieznaczna.

W cięższych przypadkach zmiany przez szczepienie wywołane okazują przypady ropnia skórnego, skutkiem czego skóra otaczająca miejsce zakłócia jest mocniéj obrzękłą i zaczerwienioną, a z otworka odpowiadającego zakłóciu wycisnąć można mniejszą lub większą ilość ropy; bolesność w tych razach przy dotyku jest znaczniejszą. (Dok. nast.)

II. O martwinie fosforowéj.

Napisał Dr. **Rydygier**,
docent chirurgii w Jenie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 21).

Przypadek II. Schmidt Ludwik, 27 lat liczący, robotnik zapałek fosforowych z Neustadt, w dziecięctwie chorował na odrę i płonicę, potém był zawsze zdrowy. Od 14go roku życia pracuje w fabryce zapałek fosforowych, z przerwą jednego roku, w którym służył w wojsku. W lutym 1877 r. po raz pierwszy uczuł ból zębów, który wnet bez leczenia ustąpił; w sierpniu tegoż roku znowu go zęby zabolały a wtedy dał sobie chory lewy górny ząb mądrości wyrwać, poczém jednak bóle nie ustały; wkrótce dał sobie wyrwać drugi ząb obok pierwszego, lecz również bez skutku. Teraz dopiero zaprzestał roboty koło zapałek, lecz niestety bóle nie tylko nie zmniejszyły się, ale przeciwnie coraz bardziéj się wzmagały. Na początku grudnia 1878 r. spostrzegł po raz pierwszy, że z zębodołu wyrwanego zęba mądrości sączyła się ropa; wnet utworzyła się przetoka w okolicy drugiego lewego górnego zęba trzonowego, wydzielająca wiele cuchnącéj ropy; wtedy pojawiło się bardzo wielkie cuchnienie z ust. Razem z chorym pracowali: ojciec, matka i 4 rodzeństwa; z tych matka i rodzeństwo dotychczas zupełnie zdrowe; ojciec ma podobno w skutek gośćca lewą rękę ubezwładnioną.

Badanie dnia 21/XII 1878. Chory jest dobrze odżywiony i silnie zbudowany. Lewa strona twarzy znacznie obrzmiała, nie zaczerwieniona; nieznośne cuchnienie z ust, szczęka górna nabrzmiała, mianowicie jéj wyrostek zębodołowy. W okolicy drugiego lewego górnego zęba przedniego znajduje się przetoka wydzielająca za uciskiem rzadką, bardzo cuchnącą ropę; ostatnich zębów trzonowych brak, z zębodołów sączy się ropa; reszta zębów po większéj części napruchniała. Zgłębnikiem tak przez przetoki, jako i zębodoły natrafiamy na kość martwą. Inne przyrządy zdrowe.

D. 7 Stycznia 1878 r. wypiłował Ried częściowo chorą połowę szczęki, wpychając pomiędzy górną szczękę i części miękkie kończasty nóż aż blizko brzegu oczodołu, następnie zwrócił ostrze noża ku częściom miękkim i przeciął je za jednem pociągnięciem; trzy tętnice krwawiące natychmiast podwiązano. Potém okostnę razem z nowo utworzoną kością odłączono od staréj, część choréj szczęki kleszczami wyciągnięto po kawałku. Ciepłota pierwszego wieczora 38,0 C., trzeciego dnia niemal prawidłowa. Późniéj wyraźnie wystąpiło porażenie n. twarzowego. 30 Stycznia chory wyleczony opuścił zakład.

Przypadek III. Rose Wilhelm, 45 lat, wyrobnik zapałek z Neustadt, pochodzi z familii zupełnie zdrowéj i nigdy nie chorował. Od r. 1848 wyrabia zapałki fosforowe; w tym samym pokoju mieszka, je i sypia. W 1854 r. przez $1\frac{1}{2}$ roku służył wojskowo i już wtedy dał sobie jeden ząb wyrwać. Wystąpiwszy z wojska podjął swe dawniejsze zatrudnienie, ale z przerwami, pracując od czasu do czasu w lesie. W r. 1859 ożenił się i jest teraz ojcem 8 zdrowych dzieci. Od pewnego czasu zaczęły go niekiedy zęby boleć, a od św. Michała już na dobre uczuł bóle w środku dolnéj szczęki teraz zgrubiałéj; zęby poczęły się chwiać, a niektóre wypadły. Przed trzema tygodniami utworzyła się przetoka na brodzie wydzielająca obfitą ropę; wkrótce potém powstała jeszcze jedna w okolicy prawego kąta szczęki i trzy ku lewéj stronie. Dwie przetoki zarosły, środnia dotychczas otwarta.

Badanie 4 stycznia 1878 r. Chory wysoki, nie źle odżywiony. Broda bardzo znacznie obrzmiała. Silne cuchnienie z ust; trzy przetoki powyżéj opisane; zgłębnikiem dochodzimy przez nie do kości obnażonéj. Po lewéj stronie niema prawie żadnych zębów, po prawéj brak tylko przednich. Inne przyrządy chorego są zdrowe.

D. 7 Stycznia 1878 r. wykonał Ried operacyję. Ułożono chorego w sposób zwyczajny a w pierwszym opisie bliżéj określony, i uśpiono. Cięcie prostopadłe przez wargę dolną nie wystarczyło do wyjęcia martwiaka, dodano więc jeszcze cięcie poziome ku prawéj stronie 3 cm. długie. Odłączenie podokostne części miękkich; przepiłowanie szczęki dolnéj w środku i w okolicy prawego kąta. Podobna operacyja po lewéj stronie, tylko obyło się bez poziomego cięcia, ponieważ martwina po téj stronie nie sięga tak daleko. Po zaszyciu rany ułożenie chorego w łóżku w położeniu na wpół siedzącém z głową na bok i ku przodowi pochyloną. W dalszym przebiegu nic wzmiankowania godnego; d. 1 lutego wyleczony opuszcza zakład. Późniéj i lewa szczęka uległa martwinie i w podobny sposób ją wyjęto; broda nie bardzo zapadła.

Przypadek IV. Tresselt Henryk, 48 lat liczący, handlarz z Neustadt, przyjęty do kliniki d. 26 stycznia 1878 r., był dotychczas zdrowy; tylko w 19 r. życia musiał jedenaście tygodni w łóżku przeleżeć po skaleczeniu. Od tego czasu trudnił się bez przerwy robieniem zapałek fosforowych, pracował zawsze od 5 godziny z rana do 8 wieczorem, dopiero przed dwoma tygodniami zaprzestał téj pracy. W połowie października przeszłego roku po raz pierwszy zabolał go lewy górny ząb trzonowy, chory dał go wyrwać, a po kolei i resztę zębów trzonowych; równocześnie szczęka lewa górna nabrzmiała.

Badanie: Nieznośne cuchnienie z ust; wyrostek zębodołowy lewéj górnéj szczęki zgrubiały; błona śluzowa zaczerwieniona, zęby trzonowe wyrwane, przetoka na granicy prawéj i lewéj górnéj szczęki, zgłębnik natrafia na kość obnażoną. Zębodoły tylne, gdzie brak zębów, wypełnione ziarniną, sączy się z nich obfita ropa, zgłębnik i tu narafia na kość martwą.

D. 10 Marca 1878. Podczas pobytu chorego w klinice zajęła martwina także średnią część szczęki dolnéj; zęby przednie i kły chwieją się, kość zgrubiała, dziąsła nabrzmiałe. D. 14 Marca wykonałem w zastępstwie radcy Rieda wypiłowanie średniéj części szczęki dolnéj. Po odpowiedniém ułożeniu i uśpieniu chorego wyrwałem najprzód po obu stronach kły; następnie odpowiednio do tego naciąłem na dolnym brzegu szczęki części miękkie na 3 cm.; przez otworki te oddzieliłem okostnę od przedniéj i tylnéj powierzchni szczęki; potém przepiłowałem kość po prawéj stronie piłką łańcuszkową, po lewéj ręczną. Nareszcie przez usta po oddzieleniu części miękkich kość wyjąłem; ułożenie chorego w łóżku w zwykły sposób. D. 18 marca róża około ran, do 28 przeszła przez całą twarz, głowę i błonę śluzową warg. Chory w tym czasie nie mógł mówić i tylko z trudnością połykał płynne potrawy. Ciepłota 39—40° C. Dzięki nadzwyczaj troskliwemu pielęgnowaniu chory już 8 maja tak dalece czuł się silnym, że Ried tegoż dnia wykonał wypiłowanie obu szczęk górnych i pozostałych części szczęki dolnéj, w ostatnim czasie bowiem martwina znacznie się rozszerzyła. Chorego ułożono w zwykły sposób i uśpiono, z głową ku przodowi pochyloną. Ried poprowadził najprzód cięcie poziome na dolnym brzegu szczęki dolnéj, a następnie prostopadłe przez środek dolnéj wargi w nadziei, że te cięcia już wystarczą zarazem do wypiłowania szczęki górnéj. Potém odłączył okostnę wraz z nową kością najprzód od przedniéj a potém od tylnéj powierzchni kości: wreszcie wyłuszczył szczękę. Nastąpiło wypiłowanie szczęki górnéj; cięcia poprzednie nie wystarczały; poprowadzono więc cięcie prostopadłe od kości nosowych przez środek nosa i wargi górnéj. Następnie odpreparowano po obu stronach części miękkie od kości i poprzecinano zrosty kości. Najprzód dokonano operacyi na lewéj szczęce górnéj, wyrostek czołowy téj szczęki przepiłowano piłką łańcuszkową; potém przepiłowano po przecięciu podniebienia miękkiego i pokrycia twardego podniebienie twarde w środku, daléj wyrostek jarzmowy i po części kość jarzmową; w końcu przecięto ostremi kleszczami połączenie wyrostka skrzydlastego z kością klinową. Następnie wydobyto z łatwością kość chorą, chociaż tylko kawałkami, bo zupełnie była kruchą. W podobny sposób operowano po prawéj stronie z tą tylko różnicą, że przepiłowanie kości jarzmowéj znacznie było trudniejsze, nareszcie kawał lemiesza nożycami Coopera wycięto; ranę oczyszczono i osmnastu szwami zaszyto. Chory prędko po operacyi sił nabrał; połykanie płynów utrudnione, mowa całkiem nie zrozumiała. Z dalszego przebiegu namieniam, że części osłony podniebienia twardego po przecięciu szwów łączących je opuściły się do ust; połykanie pozostało utrudnioném, a mowa całkiem niezrozumiałą. Stan ogólny powoli się poprawiał; martwina na pozostawionéj części szczęki dolnéj szerzyła się, więc i tę 7 czerwca Ried w zwykły sposób wyłuszczył. D. 22 czerwca chory zupełnie wyleczony, ale bardzo zeszpecony wrócił do domu. Nos ogromnie się spłaszczył i rozszerzył; usta zamiast poprzeczną niemal prostopadłą tworzyły szczelinę; mowa niezrozumiała; stan ogólny dobry. Przypadek ten może posłużyć za przykład, jak wybornie chorzy na martwinę fosforową wszelkie operacyje znoszą. Dla nas był on téż przykładem próżności ludzkiéj; mimo tak okropnego zeszpecenia najgłówniejszém i najmilszém zatrudnieniem chorego było przeglądanie się w kawałku lustra, który zawsze ze sobą nosił i co chwilę z kieszeni wydobywał.

Przypadek V. Heinz Krystyjan, 45 lat liczący, handlarz z Neustadt, przyjęty do kliniki d. 31 stycznia 1878 r., nigdy, o ile pamięta, w młodości swéj nie chorował. Ojciec jego umarł na suchoty, matka w 72 r. życia. Przed 8 laty chorował na zapalenie płuc; po ukończeniu szkoły pracował w fabrykach w Frankfurcie, Berlinie i Ulm, od 1861 r. wyrabia w domu zapałki fosforowe. Zeszłéj jesieni po raz pierwszy zabolały go zęby; wyjęto mu trzeci ząb trzonowy prawy górny; pomimo że porzucił zaraz zatrudnienie swoje, po nowym roku cierpiała i reszta zębów a równocześnie wystąpiło silne cuchnienie z ust i ropienie.

Badanie: Wszystkie zęby górne prawe są chore, dziąsła ropieją, brak trzeciego zęba trzonowego; z jego zębodołu ropa się sączy; zgłębnikiem macamy kość martwą, również i brzegi reszty zębodołów martwiną zajęte; wyrostek zębodołowy szczęki prawéj górnéj zgrubiały. D. 5 Marca wykonałem w zastępstwie Rieda częściowe wypiłowanie choréj części szczęki górnéj przez usta, *involucrum palati* czterema szwami do górnéj wargi przyszyłem. Stan ogólny się poprawił, mianowicie znikło stłumienie dawniéj spostrzeżone po lewéj stronie klatki piersiowéj u góry i oddech tchawiczy tamże. Martwina daléj postąpiła, d. 6 czerwca Ried wypiłował prawą szczękę górną: cięcie prostopadłe obok nosa aż do powieki dolnéj, z górnego kąta drugie cięcie poziome celem otrzymania dostatecznego miejsca do wyjęcia kości licowéj również

chorėj. Odpreparowanie części miękkich od przedniėj powierzchni kości; przepiłowanie kości licowėj na granicy zdrowego i wyrostka czołowego piłką ręczną; następnie wyjęcie kości martwėj, wprawdzie tylko kawałkami, gdyż była bardzo kruchą. Bez nowych nacięć udało się znaczny kawał martwy lewėj szczęki górnėj wyjąć, krwawienie nieznaczne, zeszycie ran. Dalszy przebieg zwyczajny. D. 22 czerwca wypuściliśmy chorego z ropiejącą wprawdzie jeszcze raną, ale w wybornym stanie ogólnym.

Przypadek VI. Weltsch Karol, 26 lat liczący, wyrobnik zapałek z Neustadt, przyjęty do kliniki d. 17 marca 1878 r. Już od 1872 r. wyrabia zapałki fosforowe, tylko latem pracował w lesie. Przed 10 tygodniami zaczęły chorego zęby boleć, wtedy dał sobie wyrwać prawy dolny ząb mądrości, ale bez skutku. Od tego czasu całkiem zaniechał wyrobu zapałek, mimo to zaczęły się chwiać wszystkie zęby średniėj części szczęki dolnėj, cuchnienie z ust znaczne, dziąsła napuchłe, bolesne.

Badanie: Chory silnie zbudowany mężczyzna, dobrze odżywiony; znaczne nabrzmienie brody, cuchnienie z ust, zęby przednie zczerniałe, dziąsła napuchłe, z obwódką ropną. Zgłębnikiem natrafiamy wszędzie na martwą kość, martwina sięga po obu stronach aż do kłów; zresztą inne przyrządy zdrowe. D. 20 marca 1878 r. wypiłowałem w zastępstwie Rieda średnią część szczęki dolnėj sposobem podokostnym; leczenie następowe szybko postępowało tak, że 2 kwietnia chory zupełnie wyleczony wrócił do domu; broda tylko nieznacznie zapadła.

Przypadek VII. Walter Reinhold, urodzony 1838 r. fabrykant zapałek z Oberweissbach, cierpiał w młodym wieku bardzo często na ból zębów szczęki dolnėj. Licząc lat 19 wstąpił do fabryki, gdzie wyrabiano zapałki fosforowe. Poruczono mu przysposabianie masy fosforowėj i maczanie w niėj zapałek. Pracownia była szczupłych rozmiarów i ciągle wyziewami fosforu napełnioną. Jako środka zapobiegawczego używał jedynie w wodzie maczanych chustek, któremi usta i nos zasłaniał. Po 10-letniėj pracy w fabryce pojawiły się bóle i pruchnienie zębów, a gdy we 3 lata późniėj dla okropnego bólu kazał sobie wyrwać jeden dolny ząb prawy, przerwano mu przednią ścianę zębodołu tego. Tamże wkrótce napuchły dziąsła, a w dziurze po wyrwaniu zęba powstałėj ukazała się kość wielkości grochu w ścisłėj łączności z szczęką dolną zostająca. Dla wielkiego bólu zębów i szczęki dolnėj wystąpił teraz z fabryki. W sierpniu tegoż roku pojawił się obrzęk szczęki dolnėj po stronie prawėj, coraz się powiększający, zęby poczęły wypadać mianowicie trzonowe, a z otworów po nich pozostałych wypływała znaczna ilość ropy. W następnym miesiącu opuchły i dziąsła po prawėj dolnėj stronie i zropiały. Wkrótce wyjął chory z szczęki dolnėj dwa odłamki kości wielkości grochu. Obrzęk po stronie prawėj coraz się zwiększał i przeszedł nareszcie już na lewą stronę, gdzie również zęby trzonowe poczęły wypadać.

Badanie: Chory małego wzrostu, słaby i mizerny. Skóra pokrywająca szczękę dolną po stronie prawėj zaczerwieniona i nabrzmiała, zawiera kilka przetok, z których wypływa ropa. Zgłębnik wchodzi w przetokę na $^1/_2$ cala i opiera się na nieporuszalnėj i chropowatėj kości. Badanie nie sprawia najmniejszego bólu, ale wywołuje znaczne krwawienie. Badanie przez jamę ust znacznie utrudnione, bo chory usta niedostatecznie otwiera. Szczęka górna nie przedstawia nic nieprawidłowego, brak tylko kilku zębów. Szczęka dolna jest dwa razy tak gruba jak prawidłowa, mianowicie z przodu. Po stronie lewėj brak 1go zęba przedniego i 2go trzonowego, 4ty trzonowy ząb jest bardzo mocno spruchniały. Po stronie prawėj jest dziura sięgająca od 1go zęba przedniego aż do 4go trzonowego, na którėj dnie leży kość sinożółta bez okostnėj, tu i owdzie ropą pokryta. Odszczep jest jeszcze mocno połączony ze szczęką.

Operacyja: Po uśpieniu chorego chloroformem naciął Ried części miękkie i okostnę od kąta prawego aż w okolicę lewego kąta ust na dolnym brzegu szczęki dolnėj i odpowiedni kawał szczęki wypiłował. Badanie zaraz potém przedsięwzięte wykazało, że martwina zajęła i wyrostki, więc i te wyjęto. Ranę zeszyto. 20 stycznia rana się tak dalece zagoiła, iż chorego można było wypuścić z zakładu.

Przypadek VIII. Schmidt Ludwik, 41 lat liczący, fabrykant zapałek z Neustadt nad Rennstieg. Chory wyrabiał zapałki przez 18 lat w izbie swėj jedynėj, w którėj spał i mieszkał. Rodzina jego dotychczas jest zdrowa; spostrzegł on w sierpniu r. z., że mu dziąsła szczęki dolnėj opuchły, opuchlina ta była z wielkim połączona bólem i często a znacznie krwawiła. W ciągu jednego miesiąca wypadły najprzód kły a następnie jeszcze kilka innych zębów. W listopadzie obrzmiała średnia część szczęki dolnėj a z opuchłych zębodołów powychodziły małe odłamki kostne. Obrzęk ten zwiększał się coraz bardziėj i posuwał ku lewėj stronie a w lutym się otworzył. Od tego czasu wypływa ropa; późniėj otworzyło się więcėj jeszcze przetok, które takąż ropę wydzielają. Zresztą chory czuje się zupełnie zdrowym.

Badanie: Chory silnie zbudowany i dobrze odżywiony. Średnia część szczęki dolnėj obrzękła, obrzęk sięga aż do kąta szczęki. Z przetok znajdujących się na średniėj części wypływa ropa, a zgłębnik nie sprawiając żadnego bólu wchodzi w przetoki aż do kości chropowatėj i martwėj. Dziąsła spuchnięte bardzo i lekko krwawią. Badając próżne zębodoły zgłębnikiem napotkano kość chropowatą. Brak 4 zębów przednich i obydwóch kłów, reszta zębów zdrowa. Chory z trudnością usta otwiera.

Operacyja: Chorego uśpiono chloroformem, a następnie przecięto części miękkie na dolnym brzegu szczęki dolnėj począwszy od kąta lewego aż do prawego. Z przodu obnażono całą kość, w tyle najprzód tylko tam, gdzie zamierzano piłować, co miało miejsce nad kątami szczęki. Krwawienie po przepiłowaniu kości zatamowano woskiem a ranę połączono 6 szwami głębokiemi i 6 powierzchownemi. Rana prędko się goiła, tak, że chory zupełnie wyleczony 26 lipca opuścił klinikę.

III. Oceny i sprawozdania.

A. Jean: **De la rétention incomplète d'urine au point de vue anatomique et clinique dans le cas des lésions prostatiques et de retrécissement de l'urethre.** (Paris 1879. Delahaye et C., 8vo, 156.)

Najlepszém poleceniem monografii tėj jest ta okoliczność, iż otrzymała na przeszłorocznym konkursie paryskim nagrodę *„prix Civiale"*; dlatego też nie będziemy jėj ani zachwalać ani krytykować, tylko pospieszamy z podaniem dokładnego streszczenia, które sam autor na końcu pracy swėj umieścił.

1) Zatrzymanie moczu niezupełne (*ischuria paradoxa* autorów niemieckich) nie powinno być uważaném za zboczenie miejscowe, dotyczące tylko narządu moczowego. Wprawdzie może ono przez jakiś czas wpływać tylko na narządy

mocz wydzielające i wydalające; lecz są to przypadki wyjątkowe. Najczęściéj zwracają tacy chorzy uwagę swą na zły stan przewodu pokarmowego, który to stan bywa pierwszym przypadem; lecz w jakikolwiekbądź sposób choroba ta początkowo się objawia, to zawsze, albo co najmniéj prawie zawsze, wywiera ona wpływ swój na większą część narządów wewnętrznych.

2) Najważniejsze zboczenia w pęcherzu moczowym polegają na ogólnym przeroście wszystkich warstw, dotyczącym tak składników czyli pierwiastków właściwego miąższu, jakoteż i międzymiąższowych.

3) Przeszkody znachodzące się w gruczole krokowym wywierają przeważny wpływ na warstwę głęboką, kolistą i sieciowatą, sprowadzając przez to fałdy *(colonnes)* poziome, podczas gdy zwężenia usadowione w cewce moczowéj wpływają przeważnie na warstwę podłużną czyli zewnętrzną.

4) Zmiany te zależą bezpośrednio od sprawy zapalnéj. Po przeroście warstwy mięsnéj następuje uwięzgnięcie włókien elastycznych w tkance łącznéj nowo wytworzonéj, co nam wyjaśnia niemożność kurczenia się pęcherza.

5) W nerkach znachodzimy zapalenie międzymiąższowe i ropiaste (nerkę chirurgiczną).

6) Najważniejszemi przypadami są: częstość i bolesność moczenia, zatrzymanie się moczu *(stagnatio)*, odchodzenie jego mimo wiedzy *(incontinentia)*, obfite moczenie *(polyuria)*, zaburzenia żołądkowe, gorączka ciągła albo z przerwami.

7) Rokowanie jest zawsze dosyć niepomyślne (z wyjątkiem przypadków pochodzących od zwężenia cewki).

8) Co do wskazań leczniczych, to takowe w pewnych przypadkach same się narzucają, w innych zaś zależą od różnych okoliczności, których doniosłość ocenić można tylko z doświadczenia. Z tego wynika, że postępowanie chirurga nie może być z góry oznaczoném; nie może on przepisywać w każdym przypadku ani stale umieszczonego cewnika (*à demeure*) ani też od czasu do czasu użytego, gdyż obiedwie te metody mają swoje korzyści i niedogodności; trzeba je obiedwie wypróbować według potrzeby, bez uprzedzeń, z pewnym rodzajem eklektycznego zmysłu wypływającego z doświadczenia. *A. O.*

J. Becks Therapeutischer Almanach, 6. Jahrgang 1879. Bern 1879. Dalp'sche Buchhandlung. 16. str. 74.

Książeczka, z której sprawę zdajemy, jest bardzo pożądanym nabytkiem dla każdego praktycznego lekarza. Autor krótko, zwięźle, przechodzi w niéj wszystkie ważniejsze leki i metody leczenia, w ostatnich czasach używane i zalecane w różnych chorobach, z oznaczeniem dawki i celniejszych lekarzy zalecających te środki, bez zapuszczania się w teoretyczne wywody. O wartości pisemka świadczy najlepiéj to, że cztery pierwsze roczniki (1873—1877) całkiem wyczerpane z handlu księgarskiego wydanemi zostały powtórnie razem pt. *Taschenbuch der neuesten Therapie. Eine Sammlung der bisher erschienenen Jahrgänge von Becks Therapeutischem Almanach.*

Większą część książeczki zajmuje wykaz systematyczny chorób, a przy każdéj podane są środki przeciw niéj zalecane (str. 1—57), daléj znajdują się ogólne uwagi terapeutyczne i farmaceutyczne dotyczące różnych leków, wreszcie dodatki zawierające wiadomości farmaceutyczne i terapeutyczne o niektórych lekach i uwagi o leczeniu nerwobólów przy pomocy fosforu.

Nie podobna nam wymieniać szczegółowych chorób i środków przeciw tymże zalecanych, wspomnę tylko o lekach bardzo mało dotąd znanych, lub wcale nie znanych; tu należą: *Quinetum* środek przeciwzimniczy, mający działać powolniéj lecz pewniéj od chininu, w uporczywych przypadkach zimnicy; *Chininum bimuriaticum carbamidatum* zawierający 60% chininu, a rozpuszczalny w równéj ilości wody co do wagi. Piwo mleczne otrzymane przez kiśnienie wyskokowe mleka z dodatkiem słodu i chmielu, środek ten zalecany bywa jako pożywny u osób wyniszczonych a nadto źle trawiących. *Aspidia latifolia* zalecana jako wyborny środek krew tamujący. *Batiator radix* zastępujący korzeń wymiotnicy *(Ipecacuanha)*. *Ozokerin* zastępujący Vaselinę a nierównie tańszy. *Blatta orientalis*, proszkowane karakony zalecane przeciw opuchlinom i w niektórych chorobach nerek itd. Obok tych podane są leki znane już dawniéj lecz obecnie zalecane przeciw chorobom, w których dotychczas nie były używanemi, jak kreozot w suchotach, jodoform w zołzach, kąpiele z wody zaprawionéj gorczycą w zapaleniu płuc itd.

Sądzę, że sam ten krótki przegląd, zawierający zaledwie małą cząstkę podanych wiadomości, powinien wystarczyć dla zachęcenia do bliższego poznania się z dziełkiem, którego nabycia nikt z lekarzy praktycznych nie pożałuje; cena zaś bardzo przystępna 1 mrk. 20 fen. za rocznik, a 3 mrk. za zbiorowe wydanie 4 poprzednich roczników, nabycie czyni każdemu możliwém. *W. Ściborowski.*

O żółtaczce noworodków i o wyborze chwili do podwiązania pępowiny przez Dra Poraka.

Sprawozdanie Dra A. Kwaśnickiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

Tylko w trzech przypadkach znalazł Porak barwiki żółciowe w moczu dzieci, chorych na żółtaczkę noworodków, lecz w tych przypadkach wątroba była chorobowo zajęta; trzecie z tych spostrzeżeń jest tém więcéj zajmującém, że daje się zbliżyć do wywodów Gublera, podług którego wytwarzanie się hemafeiny jest następstwem niedostatecznéj czynnościowéj działalności wątroby, i że u osób dorosłych hemafeina w moczu poprzedza pojawienie się barwików żółciowych, tak jak znajduje się ona w nim przy żółtaczce, mającéj swe źródło w wessanéj żółci, kiedy leczenie już usunęło te barwiki. Właśnie w tém 3ciém spostrzeżeniu stwierdził Porak obecność hemafeiny w moczu, zanim wystąpiły w nim barwiki żółciowe.

A zatém na 248 przypadków żółtaczki noworodków takowa tylko 3 razy (a więc 1—1½%) miała swe źródło w wessanéj żółci.

Aby nabrać przekonania czy żółtaczka noworodków i jéj stopień dają lekarzowi wskazówki do rokowania o pomyślności rozwijania się niemowlęcia, Porak ważył 168 dzieci i otrzymał wyniki pouczające:

Dzieci, które przybierały na wadze:

Na 18 noworodków, które nie uległy żółtaczce przybytek na wadze 7, 8 lub 9 dnia wynosił średnio	178,0
21 dzieci cierpiących na żółtaczkę 1go stopnia przybrało w powyżéj oznaczonym dniu	170,0
31 dzieci cierpiących na żółtaczkę 2go stopnia przybrało w powyżéj oznaczonym dniu	98,0
21 dzieci cierpiących na żółtaczkę 3go stopnia przybrało w powyżéj oznaczonym dniu	88,0

Dzieci, które traciły na wadze:

15 noworodków, które nie uległy żółtaczce, utraciły w 7, 8 i 9 dniu	246,0

7 noworodków, które uległy żółtaczce w 1szym stopniu w 7, 8 i 9 dniu 152,0
27 noworodków, które uległy żółtaczce w 2gim stopniu w 7, 8 i 9 dniu 175,0
28 noworodków, które uległy żółtaczce w 3cim stopniu w 7, 8 i 9 dniu 253,0

A zatém najwięcéj przybierają na wadze dzieci, które nie ulegają żółtaczce; te zaś które jéj podpadają, przybierają w stosunku odwrotnym do stopnia i natężenia żółtaczki; co się tyczy noworodków, które ulegają żółtaczce i tracą na wadze, to liczby wyrażające tę utratę pozostają w prostym stosunku do stopnia żółtaczki; jest tylko do wytłumaczenia rubryka dzieci nie ulegających żółtaczce, a tracących na wadze, będąca w zupełnéj sprzeczności z rubryką dzieci nie ulegających żółtaczce, a przybierających na wadze; autor tłumaczy sprzeczność tém, że noworodki téj kategoryi zwykle ulegają głębokim zaburzeniom odżywczym, przyczém nie mają miejsca zwykłe przeobrażenia krwi i ich następstwa. Liczby wyżéj podane najwymowniéj świadczą, że żółtaczka noworodków nie jest czémś fizyjologicznem, lecz że ona jest objawem, zdradzającym zaburzenia odżywczo w ustroju i dlatego przy rokowaniu winna być uwzględnianą.

O wyborze chwili do podwiązania pępowiny. Budin, jak to wyżéj już powiedziano, obliczył, że opóźnione podwiązanie pępowiny noworodka przysparza mu 92,6 krwi; Porak wyciskał krew z łożyska tak po bezwłocznem jak i opóźnionem podwiązaniu i ilość takowéj wypadła nieco wyższą niż 92,6. Hélot poszedł daléj na téj drodze, ważąc dzieci już to natychmiast po urodzeniu, już to po podwiązaniu; różnica, wahająca się między 40.0 a 100.0, (średnio 53.0) jest wyrazem ilości krwi, zyskiwanéj przez noworodka w skutek podwiązania opóźnionego. Schücking urządził jeszcze lepszą wagę przy łożu położnicy, a i jego poszukiwania popierają wywody Budina.

Zainteresowani tą sprawą Hayem i Hélot badali krew noworodków pod drobnowidem, obliczając ilość czerwonych ciałek krwi po obydwóch metodach podwiązywania pępowiny; to samo i niezależnie od powyższych badaczy uczynił Porak, posługując się metodą Malasseza; dla braku miejsca opuszczam liczby, zaznaczam jednak, że i badania hematologiczne są w zupełności zgodne z twierdzeniami Budina. Zanim jednak odpowie na ostatnie pytanie, czy korzystniéj jest podwiązywać pępowinę bezzwłocznie lub nieco późniéj po porodzie, postanowił Porak rozstrzygnąć następujące pytanie: jaki jest mechanizm wnikania krwi do ustroju noworodka po podwiązaniu opóźnionem, a jaka jest wartość dla ustroju noworodka krwi, jako płynu ciałotwórczego?

Chcąc powziąść należyte wyobrażenie o mechaniźmie dostawania się krwi łożyskowéj do ustroju noworodka, Porak zmuszony był zadać sobie pytanie, czy krew ta dostaje się drogą aspiracyi oddechowéj, czy się ona umieszcza w naczyniach płucnych tylko, rozwierających się po pierwszym wdechu? czy objętość naczyń płucowych wystarcza do pomieszczenia całego przybytku krwi łożyskowéj, czy nie powstaje w skutek tego zwiększone ciśnienie ościenne w naczyniach? Porak nie przyznaje wsysającéj sile płuc znaczenia jedynéj dźwigni, działającéj na żyłę pępowinową; jeśli krew rzeczywiście dostaje się do ustroju dziecka tylko siłą ssącą płuc, to jéj tyle tylko wejdzie, ile ta siła zdolną jest wciągnąć, ile do téj pory próżne naczynia płucne pomieścić jéj mogą, i w takim razie postępowanie Budina jest uzasadnionem; jeśli zaś krew ta zostaje wtłoczoną inną jaką siłą, tak że nie tylko naczynia płucne, ale i wszystkie włosowate zostają przepełnione, podwiązanie pępowiny późniejsze należałoby do praktyki co najmniéj wątpliwéj wartości. Porak przeto powiększył pole doświadczalne, chcąc i na te pytania dać odpowiedź gruntowną: spostrzegał on, że natychmiast po porodzie tętnice pępowinowe tętnią 1—2½ minut, ustawanie tego tętnienia rozpoczyna się przy łożysku, kończy się przy pępku noworodka; w czasie tętnienia pępowina jest jędrna, koloru sinawego, po ustaniu zaś tętnienia tętniczego ustaje w jednéj części pępowiny napięcie dotychczas spostrzegane, gdyż żyła pępowinowa nie przestaje być pełną, a dopiero mniéj więcéj w dwie minuty po ustaniu tętnienia w tętnicach spostrzega się w żyle małe zapadanie przy zastawkach. Porak tłumaczy te objawy następującym sposobem: w pierwszych dwóch minutach po wydaleniu płodu macica nie kurczy się, a serce noworodka napędza krew do pępowiny każdym skurczem, i w tym czasie płód traci na wadze (Schücking); następnie kurczy się macica, i przemagając swą siłą siłę skurczu serca noworodka wtłacza w ustrój płodu krew wyciśniętą z łożyska. Porak przytacza swoje i Schückinga doświadczenia dowodzące, że wypełnienie żyły pępowinowéj jest następstwem skurczu macicy, a ten ostatni badał siłę tego skurczu manometrem, obliczając ciśnienie kurczącéj się macicy na 30—100 mm. wysokości słupa rtęciowego. Cóż się dzieje z noworodkiem w chwili ustawania tętnienia w tętnicach? Skóra jego czerwienieje, staje się czasem nawet sinawą, w płucach powstaje jakaś trudność oddechowa, a jama ustna napełnia się śluzem. Jeśli zaś podwiązanie pępowiny uskutecznia się bezzwłocznie po porodzie, to zmiany w zabarwieniu skóry nie spostrzegają się w podobny sposób; noworodek z początku bladoróżowy, czerwienieje dopiero po upływie kilku godzin. Przy opóźnionym więc sposobie podwiązywania pępowiny krew z łożyska dostaje się do ustroju noworodka, tłoczona kurczami macicy. Dok. n.

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie VIte z d. 9go kwietnia 1879 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 18.

(Dokończenie. Patrz Nr. 22.)

Również i trzecią własnością fizyczną wyróżniają się kąpiele borowinowe od wszystkich kąpieli wodnych, mianowicie przewodnictwem ciepła. Według doświadczeń Cartellierego, w równych zresztą warunkach kąpiel borowinowa powolniéj się rozgrzewa i powolniéj oziębia niż kąpiel wodna, a pochodziło to z téj przyczyny, że ciepłota w kąpieli borowinowéj rozchodziła się jedynie przez udzielanie się ciepła najbliższym cząsteczkom, gdy w wodzie oprócz tego rozchodzi się ciepłota przez opadanie cząsteczek chłodniejszych jako gatunkowo cięższych, a podnoszenie się cząsteczek cieplejszych jako gatunkowo lżejszych, czego w kąpieli borowinowéj być nie może, albo jeżeli jest, to w bardzo małym stopniu z powodu zbitości téj kąpieli. Na podstawie złego przewodnictwa ciepła w kąpieli borowinowéj łatwo można tłumaczyć, że ciepłota kąpieli borowinowéj w miejscach zetknięcia się z ciałem spiesznie będzie się wyrównywała z ciepłotą ciała, albowiem wyrównanie to wystąpi w cieniuchnéj warstwie do ciała przylegającéj, a potém zwolna rozchodzić się będzie na warstwy sąsiednie coraz dalsze.

Następnie przechodzi prelegent do własności chemicznych kąpieli borowinowéj i wykazuje, jak wielka rozmaitość panuje

w składzie chemicznym borowiny nie tylko różnych miejscowości, ale nawet z jednego miejsca, o czém świadczą 4 rozbiory chemiczne borowiny francensbadzkiéj i tyleż rozbiorów borowiny maryjenbadzkiéj, które przedstawia razem zestawione na jednéj tablicy. Otóż z tych rozbiorów okazało się, że w 1000 częściach bezwodnéj borowiny francensbadzkiéj ilość składników w wodzie rozpuszczalnych waha się między 35 a 252, w borowinie zaś maryjenbadzkiéj waha się między 4 a 420. Najwięcéj pouczają nas rozbiory Lehmanna, które wykazują, że ilość tych składników w wodzie rozpuszczalnych zależy od mniej lub więcéj dokładnego zwietrzenia borowiny; albowiem skoro w borowinie zupełnie świeżéj znajdował tylko 4 składników w wodzie rozpuszczalnych na 1000 borowiny bezwodnéj, to w borowinie używanéj na kąpiel, tj. takiéj, która przez rok była wystawioną na działanie powietrza atmosferycznego, znalazł 45 tych składników a po zupełném zwietrzeniu ilość ta wzrosła do 420. Ale i w tym ostatnim przypadku składników w wodzie rozpuszczalnych znalazł Lehmann w równych zresztą warunkach ilości dosyć od siebie różne, mianowicie raz 458, drugi raz 420, trzeci raz 265 a czwarty tylko 185 na 1000 borowiny bezwodnéj.

W obec tak wielkich różnic w wypadkach rozbiorów chemicznych, trzeba jednak przyjąć nam pewne rozbiory jako normę dla ocenienia własności chemicznych téj kąpieli, a w tym względzie dla borowiny maryjenbadzkiéj posłuży nam ten rozbiór Lehmanna, który uskutecznił z borowiną używaną do kąpieli, oraz najbardziéj zbliżony do niego rozbiór borowiny francensbadzkiéj i elsterskiéj. Ilości w tych rozbiorach podane odnoszą się do borowiny bezwodnéj, dlatego zalicza je prelegent do borowiny nieodwodnionéj i dla kąpieli borowinowéj podaje zestawione w jednę tablicę. Po takiém przeliczeniu okazało się, że składniki podawane dla borowiny bezwodnéj zmniejszają się dla kąpieli do $^1/_5$, przeto obfitość składników kąpieli borowinowéj nie okazuje się taką, jaką zwykle przedstawiano, albowiem według tego soli w wodzie rozpuszczalnych w kąpieli borowinowéj elsterskiéj byłoby 1%, we francensbadzkiéj 0·6%, w maryjenbadzkiéj 0·5%, gdy najsłabsze kąpiele solankowe posiadają 2% soli.

Z bliższego rozważania poszczególnych składników okazuje się, że ciała, które mogą być przez skórę chłonięte, mianowicie kwas węglowy i siarkowodowy jako też lotne ciała organiczne (kw. octowy, mrówkowy itd.) znajdują się w tak małéj ilości, (i to nie zawsze), że w żaden sposób nie mogą wpływać na swoiste działanie kąpieli borowinowych; lubo nie można ich uważać za zupełnie obojętne dla ustroju. Ich znaczenie z powodu małéj ilości i niestałego znajdowania się prawdopodobnie jest tylko ubocznem. Co się zaś tyczy ciał, które za pomocą swych własności chemicznych mogą drażnić końcówki nerwów usadowionych w skórze i przez to wywoływać pewne zboczenia w czynnościach fizyjologicznych ustroju, to te razem wzięte znajdują się w kąpieli borowinowéj w bardzo małéj ilości, bo $^1/_2$—1% a z tych 0·13 — 0·48% znajduje się soli właściwie drażniących, gdy 0·42—0·51% jest soli ściągających. Z tego wynika, że znaczenie tych składników w kąpieli borowinowéj nie może być doniosłém i że raczéj możnaby im przypisywać działanie słabo ściągające, ale nie czerwieniące skórę.

Najwięcéj znajduje się w kąpieli borowinowéj składników w wodzie nierozpuszczalnych, gdyż 19%, a z tych 6% jest ciał nieorganicznych a 13% szczątków roślinnych. Pierwsze głównie przyczyniają się do tego, że ciężar gatunkowy kąpieli borowinowéj jest dosyć wysoki, gdyż wynosi około 1·15, gdy szczątki roślinne są główną przyczyną gęstości téj kąpieli, a zarazem złego przewodzenia ciepła.

Z tego szczegółowego rozbioru ważniejszych czynników kąpieli borowinowéj okazuje prelegent, że wybitniejszych własności leczniczych téj kąpieli i to takich, które ją wyróżniają od innych, szukać należy przeważnie we własnościach fizycznych téj kąpieli, mianowicie w ciężarze i gęstości, a z drugiéj strony w złém przewodzeniu ciepła, z własności zaś chemicznych nie należy pomijać lekko ściągającego działania, innych zaś czynników nie wyklucza wprawdzie, ale uważa je za mniéj ważne.

Trzecia część téj pracy jest owocem doświadczeń fizyjologicznych jakie wykonywał prelegent w Krynicy wraz z kol. Zduniem.

Podczas kąpieli borowinowéj:

1) Ciepłota pod pachą mierzona zawsze obniżała się, i to o 0·2—0·5° C. a średnio ze wszystkich doświadczeń o 0·28° C.

2) Ilość tętna zawsze się zmniejszała o 2—28, średnio o 13 uderzeń na minutę.

3) Ilość oddechów zawsze się zmniejszała o 2—8, średnio o 4·5 na minutę.

Po kąpieli borowinowéj:

4) Ciepłota pod pachą zawsze podnosiła się zwykle spieszniéj niż opadała podczas kąpieli.

5) Ilość tętna i oddechów zwykle się nieco zwiększała, ale nie dochodziła do ilości przed kąpielą.

Oprócz tego pod względem wpływu ciepłoty kąpieli z powyższych doświadczeń podnosi:

6) W chłodniejszéj kąpieli borowinowéj (28 do 29° R. = 35—35·2° C.) opadanie ciepłoty pod pachą występowało późniéj, bo około 15téj minuty, gdy w kąpieli cieplejszéj (30—31° R. = 37·5—38·7° C.) następowało już około 2giéj minuty.

7) W chłodniejszéj kąpieli średnio mniéj się obniżała ciepłota pod pachą, gdyż tylko o 0·25° C., gdy w cieplejszéj obniżała się o 0·33%.

8) W chłodniejszéj kąpieli znaczniéj zmniejszała się ilość tętna, gdyż średnio o 15, w cieplejszéj zaś średnio o 11 uderzeń na minutę.

9) W kąpieli chłodniejszéj niekiedy z początku podnosiła się ciepłota pod pachą, a potém dopiero opadała, czego niedostrzegano w kąpielach cieplejszych.

10) Po kąpieli chłodniejszéj spieszniéj podnosiła się ciepłota niż po kąpieli cieplejszéj.

Zastanawiając się nad wypadkiem tych doświadczeń wyklucza prelegent działanie bodźców na skórę i to tak chemicznych jak termicznych, poczém obszerniéj zastanawia się nad znaczeniem tych bodźców termicznych, jakie bez przerwy działają na każdy ustrój fizyjologiczny, a które sprawiają ciągłe wzmaganie się i osłabianie różnych czynności fizyjologicznych jak wytwarzania się i wydalania ciepła, ruchów serca, ruchów oddechowych itd. Następnie przychodzi do wniosku, że jeżeli się usunie lub zmniejszy te stałe bodźce, to zarazem usunie się lub zmniejszy jednę z głównych podniet do silniejszego wytwarzania się ciepła, do występowania silniejszych ruchów serca i płuc. Tego rodzaju warunki upatruje w kąpieli borowinowéj, albowiem 1) ciepłota kąpieli zbliża się do ciepłoty ciała, 2) powtóre borowina będąca złym przewodnikiem ciepła posiada zdolność spiesznego wyrównywania różnicy między ciepłotą ciała a ciepłotą otoczenia. W końcu obszernie zastanawia się nad skutkami, jakie mogą sprawić w ten sposób zmienione warunki otoczenia ustroju.

Drugi dział doświadczeń odnosi się do wpływu kąpieli borowinowéj na wydzielanie moczu. W tym kierunku przedstawia prelegent trzy szeregi doświadczeń, które wykonywał:

1) Aby się dowiedzieć, jak zachowuje się ilość moczu oddanego przez dobę, w któréj użyto kąpieli borowinowéj, w porównaniu z takąż ilością moczu bez użycia kąpieli, oraz po użyciu kąpieli mineralnéj krynickiéj. Wypadek z tych doświadczeń był ujemnym, albowiem ilości średnie dosyć się do siebie zbliżają a z nieznacznych tylko różnic niepodobna czyto kąpielom borowinowym czy téż mineralnym przypisywać większego wpływu na ilość przez dobę wydzielanego moczu.

2) W drugim szeregu doświadczeń przedstawił prelegent ilości moczu wydzielanego przez pół godziny bezpośrednio przed kąpielą, podczas pół godziny trwającéj kąpieli borowinowéj oraz przez tak długi czas zaraz po wyjściu z kąpieli. Średnie ilości z tych doświadczeń okazują, że skoro przez pół godziny przed kąpielą wydzielono 27·5 cm. sześć., to w czasie kąpieli 70·0 a po kąpieli 65·8 cm. sześć. moczu.

3) Trzeci szereg doświadczeń wykonał prelegent w podobny sposób, ale zbierał mocz przez dłuższy przeciąg czasu mianowicie co godzinę przez dwie godziny przed kąpielą i tyleż po kąpieli borowinowéj. Średnio ze wszystkich tych doświadczeń przed kąpielą wydzielono w pierwszéj godzinie 61 a w drugiéj 54 cm. sześć., po kąpieli zaś w pierwszéj godzinie 157 a w drugiéj 77 cm. sześć. moczu.

Ostateczny wypadek ze wszystkich tych doświadczeń co do wpływu kąpieli borowinowéj na wydzielanie moczu jest ten, że:

1) Kąpiel borowinowa nie wywiera znaczniejszego wpływu na ilość moczu wydzielanego przez dobę,

2) podczas kąpieli borowinowéj znacznie zwiększa się wydzielanie moczu;

3) to zwiększone wydzielanie moczu utrzymuje się przez pewien czas po kąpieli, ale już po godzinie staje się bardzo słabém.

W tym przypadku zjawisko zwiększonego wydzielania moczu pochodzić może albo ze zwiększonego parcia tętniczego, albo ze zmniejszonego napięcia ścian, albo z obu tych przyczyn razem. To ostatnie przypuszcza prelegent. Do tego nakłania go to, że z jednéj strony spodziewać się można, iż skutkiem ciśnienia kąpieli a zarazem skutkiem znacznéj jéj gęstości zmniejszy się ilość krwi w odnogach dolnych, gdy na jamę brzuszną to ciśnienie będzie bardzo małe, a zatém jest możebném, że w jamie brzusznéj jako najbliższém sąsiedztwie uciśniętych tętnic zwiększy się parcie ościenne Zarazem warunki w jakich ustrój się znajduje w kąpieli borowinowéj pozwalają przypuszczać, że zmniejszy się napięcie ścian tętniczych w jamie brzusznéj, albowiem przez usunięcie w takiéj kąpieli zwykłego stałego bodźca termicznego (niskiéj ciepłoty) powinno się zmniejszyć napięcie wszystkich tkanin w ogóle, a szczegółowo ścian tętniczych; a powtóre skutkiem zmniejszonego wydalania ciepła ustrojowego zmniejszy się téż jego wydalanie z narządów wewnętrznych, przez co zmniejszy się napięcie ścian naczyniowych. W ten sposób tłumaczy prelegent zwiększone wydzielanie moczu w kąpieli saméj, ale uważa to tłumaczenie za niedostateczne do wyjaśnienia, dlaczego przez dłuższy czas po kąpieli utrzymuje się jeszcze zwiększone wydzielanie. W tém zjawisku upatruje dowód, że w kąpieli borowinowej występują pewne zaburzenia w krążeniu krwi, których nie znamy, a których bliższe poznanie wielce się przyczyni do rozjaśnienia farmakodynamicznych własności kąpieli borowinowych.

W dyskusyi prof. Dr. Olszewski uwydatnia, że Dr. Skórczewski ważne działanie przypisuje ciężarowi gatunkowemu kąpieli borowinowéj, dlatego radzi zbadać ściśle wpływ ciężaru gatunkowego takiej kąpieli na powierzchnię ciała, a to tém bardziéj, że ciężar gatunkowy można pojmować w podwójnem znaczeniu. Skoro kąpiel borowinowa jest zawiesiną, okazywać musi odmienny ciężar gatunkowy przy badaniu za pomocą piknometru, a odmienny przy użyciu areometru; ponieważ zaś ciała zawieszone w płynie nie wpływają na ciężar areometryczny a ciało człowieka kąpiącego się można porównać z areometrem, przeto sądzi, że ciężar kąpieli borowinowéj nie będzie się o wiele różnić od ciężaru kąpieli zwykłej. Prof. Dr. Korczyński lubo również nie może się zgodzić z zapatrywaniami prelegenta co do wpływu ciężaru kąpieli borowinowéj na krążenie, pracę Dra Skórczewskiego musi uważać jako pracę samodzielną i przyznać takowéj słuszne zalety pod wieloma względami. co jednakowoż nie wyklucza krytyki, jakiéj zresztą każda praca naukowa podlega. I tak co do ostatecznego wytłumaczenia działania kąpieli borowinowych Dr. Skórczewski odnosząc takowe do zmniejszenia bodźców zewnętrznych o tyle ma słuszność, o ile na powierzchnię ciała działa bardzo wiele bodźców, które wcale nie dochodzą do naszéj świadomości, a które mimo to drogą odruchu wpływają na rozmaite czynności ustroju w stanie fizyjologicznym i o ile usunięcie wpływu tych naturalnych bodźców w pewnych stanach chorobowych układu nerwowego pociąga za sobą cały szereg objawów następowych. Czy usunięcie tych bodźców może wpływać na obniżenie ciepłoty w stanie prawidłowym, tak samo trudno twierdzić, jak i zaprzeczać, jednakowoż przypadki całkowitego znieczulenia nerwów czuciowych i zmysłowych, jakie w ostatnich czasach dokładnie obserwowano, nie wykazują obniżenia się ciepłoty ciała. Prof. Dr. Korczyński nie przecząc wcale wywodom prelegenta i nie przypisując także znaczenia ciałom lotnym w kąpieli borowinowéj zawartym, przychyla się jednakże do zdania, że działanie kąpieli borowinowéj w znacznéj części wytłumaczyć się da w sposób czysto mechaniczny, na drodze odruchów, za czém przemawia także ta okoliczność, że działanie kąpieli borowinowéj pod wieloma względami podobném jest do działania kąpieli piaskowéj. O ile w kąpieli borowinowéj działa ciężar borowiny, orzec można tylko na podstawie szczegółowych doświadczeń wyłącznie w tym celu przedsiębranych, a że zmniejszenie lub zwiększenie ciężaru na powierzchnię ciała działającego może wywołać wybitne następstwa, za tém przemawia porównanie ze skutkiem zmniejszonego lub zwiększonego ucisku atmosfery na powierzchnię ciała. Dr. Warschauer mniema, że rozprawa Dra Skórczewskiego jest zanadto obszerna i zawiera zanadto wiele ważnych szczegółów, by można podjąć natychmiast wyczerpującą dyskusyję; prace tego rodzaju można ocenić dopiero po dokładném przeczytaniu i przestudyjowaniu. W każdym razie należy oddać słuszność pracowitości autora, który w zakresie swéj specyjalności nie poprzestaje na znajomości faktów, lecz stara się takowe tak drogą rozumowania, jakoteż drogą doświadczenia wytłumaczyć. Dr. Skórczewski odpowiada, że zwiększonego ciśnienia kąpieli borowinowéj nie uważa jako główny moment tłumaczący jéj działanie, lecz idąc w téj mierze za Röhrigiem pragnie, by na wpływ ciśnienia kąpieli borowinowéj większą aniżeli dotąd zwracano uwagę.

Sekretarz *Dr. Lutostański.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Statystyka wieku schyłkowego. Według Waldsteina obliczenie uskutecznione w latach 1869 — 1872 wykazało, że

	mieszkańców	było ludzi wyżéj lat 60	% ludności	wyżéj lat 90 było	% ludności
we Francyi na	36 102,921	4.177,393	11·5	15,153	0·04
„ Belgii	5.175.037	518,004	10·0	2,707	0·05
„ Szwajcaryi	2.669.147	260,323	9·7	828	0·03
„ Danii	1.824,391	176,811	9·7	1,410	0·07
„ Holandyi	3.674 660	345,476	9·4	1,526	0·04
„ Włoszech	26.801,154	2.462,351	9 1	18,567	0·06
„ Szwecyi	6.012,678	537,712	8·9	3,180	0·05
„ Anglii	31.845,379	2.745 474	8·6	23,539	0·07
„ Niemczech	41.058,792	3.421.946	8.3	12,658	0·03
„ Austryi	20.217,531	1.508,359	7·5	8,562	0·04
„ Portugalii	3 990,570	288,519	7·2	2,314	0·05
„ Węgrzech	15.417,327	941,009	6·1	7,225	0·04
„ Grecyi	1.457,894	80,457	5·5	1,398	0·09
„ Hiszpanii	16.835,506	897,102	5·3	3,764	0·02

(*Statist. Monatschrift 1879*).

* Londyńskie *College Royal of Physicians* wyznaczyło z legatu Benneta-Standforda nagrodę 100 funt. szterl. (1000 złr.) za najlepszą pracę o wściekliznie i jéj leczeniu. Przy téj sposobności namieniamy, że Dr. Offenbach w Monastyrze (w Westfalii) wyleczył kobietę, chorą na wściekliznę, za pomocą kurary i to wstrzyknąwszy jéj podskórnie niezwykłą dawkę 20 grm. w przeciągu 5 godzin. Skutek miał być nad wszelkie oczekiwanie świetnym.

* Dr. Szalárdi w Budapeszcie wykazał za pomocą dat statystycznych, że wielką śmiertelność w stolicy węgierskiéj położyć głównie należy na karb przerażającéj śmiertelności osesków; że $1/3$ część noworodków jest nieślubnych i że te wszystkie prawie zmierają w pierwszym roku życia. Przyczyną téj śmiertelności jest zupełny brak domu podrzutków i przytuliska, oraz zaniedbanie i głodzenie osesków oddawanych na wieś za niską opłatą. Niektóre blisko stolicy położone wioski otrzymały z tego powodu od ludności przydomek cmentarzy osesków. Domagają się od rządu założenia w stolicy przytuliska krajowego dla dzieci. (*W. med. Woch.* Nr. 22).

Statystyka epidemij. Epidemija ospy w Londynie nie zmieniła się. Umarło 6, leczy się w szpitalach 228, świeżo zachorowało 48. W Wiedniu, Budapeszcie, Paryżu, Petersburgu umarło nieco więcéj. Odra panuje w Budapeszcie, Paryżu i Londynie. Nieco więcéj dzieci umarło z zapalenia kiszek w Warszawie i Petersburgu. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1, w Petersburgu 10. W Astrachanie nie pojawiły się więcéj przypadki duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 21 (od 18 do 24 maja) umarło w Krakowie osób 33; męż. 15 i kob. 18; 20 w obwodach i 13 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 30,4; we Lwowie 30,1; w Poznaniu 34,6; we Wiedniu 32,2; w Budapeszcie 51,4; w Pradze 35,5; w Try-

jeście 29,6; w Berlinie 26,1; w Wrocławiu 35,1; w Monachijum 47,7; w Dreźnie 24,7; w Lipsku 21,8; w Brukseli 27,5; w Paryżu 24,8; w Londynie 21,6; w Chrystyjanii 14,3; w Petersburgu 47,1; w Odesie 28,7; w Bukareszcie 25,5. W tymże tygodniu umarła w Krakowie z płonicy 1 osoba; w 22 tygodniu doniesiono o następujących przypadkach chorób zakaźnych: 1 odry (z ul. Szewskiéj L. 213); 2 róży (ze szpitalów), 2 płonicy (z Czernichowa i Ludwinowa). *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 5 czerwca. W pewném miasteczku galicyjskiém, będącém siedzibą sądu powiatowego (nie starostwa), zawakowało miejsce pełniącego obowiązki prokuratora przy sądzie powiatowym. Wiadomo, że pełniący te obowiązki nie są urzędnikami, że nie muszą być prawnikami, i że pobierają około 200 zła. rocznéj renumeracyi, ale za to są obowiązani, być codziennie w sądzie, zwłaszcza podczas rozpraw karnych. Otóż w owém miasteczku praktykuje 4 lekarzy, z których 3 przynajmniéj jest doktorami medycyny, a wszyscy czteréj podali się o posadę prokuratorską. Mniejsza o to, że żaden z nich téj „posady“ nie otrzymał, ale samo ubieganie się o nią świadczy wymownie, że dobrobyt kolegów naszych na prowincyi wcale nie jest tak świetnym, jakby się tego spodziewać należało po wywodach posłów Czerkawskiego i Hausnera w Radzie państwa o braku lekarzy w Galicyi. W przyszłym numerze podamy list jednego z kolegów na prowincyi praktykujących, mieszczący w sobie ilustracyję stósunków lekarskich galicyjskich.

* W Nrze 1 „*Kroniki współczesnéj*“, który tu przed kilku dniami się pojawił, znajdujemy wycieczkę przeciw komisyi sanitarnéj miejskiéj, z powodu, że niby z założonemi rękami przypatruje się zamierzonemu obróceniu funduszu wodociągowego na wybudowanie teatru. Że zarzut ten jest całkiem nieuzasadniony, wynika z protokółów komisyi, ogłoszonych w ostatnich dwóch numerach tygodnika naszego; również młoda redakcyja niewie snać o tém, że za inicyjatywą jednego z członków komisyi sanitarnéj Tow. lekarskie krakowskie wystósowało w tym przedmiocie memoryjał do Prezydenta miasta. Wdawanie się zaś w polemikę z autorem broszury „Co budować wprzódy teatr czy *(sic)* wodociągi?“ nie mogło być zadaniem komisyi sanitarnéj, jak niém nie może być dla Przeglądu Lek., pomimo, że autor był łaskaw odwołać się do nas (a względnie do sprawozdania z pracy Emmericha), celem wykazania, „że woda do picia niema żadnego, albo tylko bardzo podrzędne znaczenie w powstawaniu lub szerzeniu się epidemii“. Szkoda, że autor nie raczył także powołać się na dyskusyję, która z powodu pracy Emmericha toczyła się w Tow. lekarskiém. Zresztą Przegląd Lek. przeznaczony jest wyłącznie dla lekarzy; do nielekarzy zaś, a szukających pouczenia w czasopiśmie ściśle lekarskiém, stósować musimy przestrogę, jaką dał Hufeland pewnemu pacyjentowi, który się leczył według broszury lekarskiéj, przestrogę: aby nie padł ofiarą błędu drukarskiego.

* Wyciąg z sprawozdania Wydziału krajowego za czas od 1 stycznia do 31 marca rb.

Postanowiono zniżyć taksę leczenia w szpitalu bialskim i przemyskim. — Na dokończenie szpitala udzielono gm. m. Sanoka zaliczkę w kw. cie 2000 zła. — Przeprowadzono odbiór szpitala powszechnego w Tarnowie od komisyi instytutu ubogich i chorych i oddano go w zarząd g. m. Tarnowa. — Zamianowano prymaryjuszem dyrygującym w szpitalu powszechnym w Tarnowie Dra Henryka Kowalskiego i rozpisano konkurs na posadę sekundaryjusza przy tymże szpitalu. — Zamianowano lekarzami szpitalnymi: w Brzeżanach Dra Alberta Zauderera, w Brodach Dra Stanisława Sołtysika, w Sanoku Dra Mieczysława Skalskiego, wreszcie w Sokalu Dra Leona Zarzyckiego. — P. Wincentego Szczęsnowicza zamianowano rządcą szpitala w Tarnopolu. — Zatwierdzono kontrakt z panem Alderem o najem filii Hoffmanna. Zawarto kontrakt z Towarzystwem św. Józefa z Arymatei o grzebanie zmarłych w szpitalu powszechnym we Lwowie.—Przyjęto preliminarz szpitala lwowskiego na r. 1880 i takiż preliminarz dla zakładu obłąkanych na Kulparkowie. — Do budowy drogi ze Lwowa do zakładu obłąkanych na Kulparkowie wiodącéj przyjęto ofertę p. Gwalberta Ziembickiego na dostawę kamienia twardego rozwadowskiego, na dostawę zaś kamienia podlwowskiego ofertę p. Raucha i spółki. — Mianowano p. Tomasza Krogulskiego nadzorcą służby w zakładzie kulparkowskim. — Wydano instrukcyję dla służby oddziałowéj w zakładzie kulparkowskim. — Wprowadzono w życie fundacyję śp. Teresy z hr. Stadnickich hr. Weissenwolfowéj dla rekonwalescentów opuszczających zakład dla obłąkanych.—Przyjęto preliminarz budżetu dla szpitala św. Łazarza w Krakowie. — Zamianowano członkiem komitetu administracyjnego szpitali krakowskich przedstawionego przez Wydział Rady powiatowéj delegata p. Jana Kantego Kirchmajera.

* Według nadesłanego nam wykazu w Cieplicach czeskich do d. 2 czerwca bawiło gości 1120.

* **Mianowania i odznaczenia.** Wydział lek. we Wiedniu przedstawił docenta lipskiego Dra Teodora Puschmanna na profesora historyi medycyny we Wiedniu. — Proff. chemii Barth i Lieben we Wiedniu wybrani zostali członkami czynnymi, proff. zaś Hebra i Exner członkami korespond. wiedeńskiéj Akademii umiejętn. — Dr. Kelsch mianowany został prof. anatomii patolog. i histologii w Lille.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. d. 4 bm. p. Aleksander Oskar Medvey rodem ze Stupnicy w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł temi dniami w 85 roku życia Piorry, najznakomitszy uczeń Laënneca, autor sławnego dzieła: *De la percussion médiate* (Paryż 1828). — Również w wieku zgrzybiałym zmarł w Paryżu d. 15 maja Dr. M. P. Jolly, członek akademii lekarskiéj, autor wielu dzieł higijenicznych i terapeutycznych.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 22: Mieczkowskiego: Postrzeżenia z praktyki lek. u wód min. w Ciechocinku z r. 1878; Perkowskiego: Raptowne a zupełne zaniewidzenie chorego (dok); w *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 11: Janikowskiego: Instrukcyja tycząca się rzeźni miejskiéj krak.; w *Medycynie* Nr. 22: Gajkiewicza: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.)

Sprostowanie. W Nrze 22 Przegl. Lek. str. 272, szpalcie 2giéj, w. 18 od góry zamiast wyrazu „powrotnego“ powinno być „powolnego.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 14 czerwca 1879. **№ 24.** Rok XVIII.

I. O wykrywaniu symulacyi ślepoty i niedowidzenia.

Podał Prof. **Lucyan Rydel.**

(Podług wykładu mianego na posiedzeniu komisyi sądowo-lekarskiéj Tow. lek. krak.)

Do najtrudniejszych zadań lekarza sądowego należy niewątpliwie orzekanie w przypadkach symulacyi, a podobno nie bardzo się pomylę twierdząc, że trudność zamienia się dla wielu lekarzy sądowych w istny kłopot, gdy mają orzekać w przypadkach podejrzenia o udawanie ślepoty lub niedośleрu, albo o przesadzanie istotnego niedowidzenia. Przyczyny tego upatrywać należy z jednéj strony w trudności samego zadania, z drugiéj jednak strony, i to przeważnie, w braku należytéj wprawy w badaniu okulistyczném w ogólności, a szczegółowo w niedostatecznéj znajomości sposobów i środków badania, służących do odkrycia istotnego stanu wzroku. Nieznajomość tę tłumaczy do pewnego stopnia stosunkowa rzadkość takich przypadków, przedewszystkiém atoli jak mniemam ta okoliczność, że źródła pouczenia się w téj mierze są dla lekarzy nieoddających się szczegółowo okulistyce trudno albo wcale nieprzystępne. Zwykłe bowiem podręczniki okulistyczne nie zawierają żadnéj albo najczęściéj tylko bardzo pobieżną wzmiankę o tego rodzaju badaniach, a żądanie, żeby ogół lekarzy zaznajamiał się z niemi za pomocą czasopism specyjalnych, w których są rozrzucone, przechodzi miarę słusznych wymagań. To było powodem, że czyniąc zadość zaproszeniu szanownego Przewodniczącego, abym wziął udział w pracach nowo zawiązanéj komisyi sądowo-lekarskiéj, wybrałem za przedmiot dzisiejszego wykładu rzecz o sposobach wykrywania symulacyi ślepoty i niedowidzenia, lub przesadzania *(aggravatio)* ostatniego.

W wykładzie tym zamierzam przedstawić i choć parą doświadczeń objaśnić główne i najpewniejsze sposoby badania, stósowane w takich przypadkach, w formie o ile można najprzystępniejszéj, tak aby rzecz uczynić zrozumiałą nawet dla lekarzy mających choćby tylko jaką taką znajomość badania okulistycznego w ogólności. Jeżeli mi się przez to uda ułatwić zadanie lekarzy w odnośnych przypadkach, mniemam, iż przedsięwzięcie moje nie będzie zupełnie bezpożytecznem, bo zadanie to, niekiedy bardzo trudne, należy niewątpliwie do nader ważnych i najzaszczytniejszych naszego powołania. Znawca bowiem zdzierając maskę z twarzy obłudnika staje w obronie prawdy, a rozjaśniając pochodnią nauki ciemne zaułki i kręte ścieżki, któremi złość i przewrotność dążą do dopięcia niecnego celu, wprowadza w nie panowanie prawa i sprawiedliwości.

Jak już wspomniałem przypadki tego rodzaju symulacyi nie są w ogólności zbyt częste, ale najczęściéj spotykają się z niemi właśnie lekarze sądowi i wojskowi; wydarzają się one także i w praktyce prywatnéj, ale stosunkowo najrzadziéj, jakto już z saméj natury pobudek wynika. Pobudką udawania w obec Sądu bywa żądza zemsty lub zysku, w wojsku i u popisowych chęć uwolnienia się od służby wojskowéj. W praktyce prywatnéj wydarza się symulacyja najczęściéj u młodych kobiet i u młodzieży szkolnéj, która od zużytych już wymówek paluszka i główki ucieka się niekiedy do wymówki okiem, prócz tego zaś skłaniają do niéj jeszcze chęć wyzyskiwania miłosierdzia lub osiągnięcia innych korzyści.

Bardzo wyjątkowo napotykamy udawanie zupełnéj ślepoty obu oczu z powodu, że rola jest zbyt trudną do odegrania. Najczęściéj mamy więc do czynienia z udawaniem ślepoty lub niedowidzenia jednego oka. Pierwsze wydarza się częściéj od drugiego, bo symulanci wiedzą, że przy próbach wzroku łatwo popaść mogą w sprzeczności, wolą więc udawać ślepotę zupełną.

Jeżeli ktoś utrzymuje, że na jedno oko jest ślepym, należy go zapytać przedewszystkiém, jak on to rozumie, mianowicie czy okiem tém uczuwa jeszcze światło lub czy téj zdolności zupełnie jest pozbawionym, innemi słowy, czy odróżnia jeszcze światło od ciemności. Następnie powinien lekarz zbadać oko rzekomo ślepe jak najdokładniéj tak zewnętrznie jako też za pomocą wziernika, celem przekonania się, czy niema zmian chorobowych, którebу przemawiały za prawdą

zeznań badanego. Najzupełniejszy brak zmian chorobowych nie uprawnia bynajmniej do orzeczenia, że ślepota lub niedowidzenie jest udaném, bo chociaż nie zbyt często wydarzają się przecież przypadki tak wrodzonego jako też nabytego niedowidzenia, a nawet zupełnéj ślepoty bez jakichkolwiek zmian anatomicznych, czy to gołém okiem czy za pomocą wziernika dostrzegalnych. Na szczególną uwagę zasługuje przy badaniu zachowanie się tęczówki na wpływ światła, bo na niém samém oprzeć możemy częstokroć stanowcze orzeczenie.

Wiadomo, że jeżeli w stanie prawidłowym wpuszczamy do jednego oka naprzemian to większą to znów mniejszą ilość światła, źrenica zwęża się w razie pierwszym a rozszerza w drugim, nie tylko w tém ale i w drugiém oku. Już z oddziaływania źrenicy w obu oczach wynika, że ruch ten nie jest skutkiem bezpośredniego zadrażnienia tęczówki przez światło, ale odruchem wywołanym w ten sposób, że światło drażni siatkówkę; podrażnienie to przenosi się po włóknach nerwu wzrokowego aż do mózgu, gdzie (działając na pewne jego części wznieca właściwe czucie) za pośrednictwem ośrodka odruchowego przerzuca się na włókna obu nerwów okoruchowych zaopatrujących (za pomocą nerwów rzęskowych) zdziergacze źrenic [1]).

Aby więc podnieta światła wywołać mogła zwężenie się źrenicy potrzeba, żeby siatkówka wrażliwą była na nią, a nerw wzrokowy przeniósł to wrażenie aż do ośrodka odruchowego, żeby następnie podrażnienie jego udzieliło się włóknom nerwu okoruchowego, a te przeprowadziły je aż do zdziergacza źrenicy, żeby wreszcie ruchów tęczówki nie tamowały jakiekolwiek przeszkody w niéj saméj lub jéj brzegu źrenicznym. Z tego wynika, że wszelkie zmiany chorobowe pozbawiające którąkolwiek z wymienionych części zdolności spełnienia swojego zadania sprawić muszą, że światło pozostanie bez wpływu na rozmiary źrenicy oka badanego, ale mimo to światło działające na drugie zdrowe oko wywoła zwężenie źrenicy oka nawet zupełnie ślepego, byle tylko wszystkie części jego przyrządu odruchowego odbywały swoją czynność należycie.

Taka zawisłość ruchów tęczówki od światła sprawia, że źrenica oka zupełnie oślepłego w skutku zmian chorobowych w jego siatkówce lub nerwie wzrokowym nie traci swojéj ruchomości ani nie staje się szerszą od źrenicy oka zdrowego, ale rozszerza się mocno, gdy to ostatnie zasłonimy, a zwęża w tym samym stopniu jak druga, gdy do oka zdrowego wpuścimy światło.

Pomijając inne wpływy zwężające źrenicę, które nas tutaj nie obchodzą, pamiętać jednak musimy, że źrenica zwęża się również, gdy osie widzenia przybierają kierunek zbieżny, gdy więc oko zwraca się ku wewnątrz. Zwężenie następuje przy tém chociażby w téj chwili oczy były zacienione, a więc zupełnie niezawiśle od podniety światła. Skurcz żdziergacza źrenicy jest w tym razie współruchem wywołanym przez kurcz mięśnia prostego wewnętrznego, a odbywa się i wtenczas, gdy jedno lub nawet oba oczy są całkiem ślepe. Współruch ten wymaga, żeby podczas badania, jak się tęczówka zachowuje na wpływ światła, oczy były zupełnie nieruchome, inaczéj bowiem moglibyśmy zwężenie się źrenicy przypisać błędnie wpływowi światła, podczas gdy ono mogłoby nastąpić li tylko skutkiem zwrócenia oka ku wewnątrz.

Znając dokładnie stosunki fizyologiczne dopiéro co wyłożone przystąpić możemy do zbadania, czy tęczówka zachowuje się odpowiednio do twierdzenia badanego, że oko jego pozbawione jest poczucia światła. W tym celu sadzamy go naprzeciw okna i zatykamy oko zdrowe ręcznikiem grubo złożonym tak, żeby światło nie miało do niego wcale przystępu. Według tego, co się pierwéj powiedziało, rozszerzą się teraz obie źrenice, ale już ze sposobu, w jaki się to rozszerzenie w oku odsłoniętém odbędzie, wnosić można, czy jego siatkówka jest wrażliwą na światło lub nie. W pierwszym bowiem razie rozszerzy się źrenica stosunkowo szybko ale tylko do pewnego miernego stopnia, w razie zaś ślepoty nastąpi rozszerzenie powolne, ale za to zwiększające się stopniowo aż do średnicy mniéj więcéj 5 mm. Wezwawszy następnie badanego, żeby oko rzekomo ślepe trzymał całkiem nieruchomo, zasłaniamy i odsłaniamy je kolejno dłonią lub książką tak, żeby na nie padał naprzemian to pełny cień to pełno światło, bacząc sami pilnie na zachowanie się przy tém źrenicy. Udający ślepotę odpowie oczywiście na stosowne zapytanie, że żadnéj nie dostrzega różnicy, że owszem ciemność jednostajna ciągle przed nim panuje. Zupełny brak oddziaływania tęczówki podczas tego badania dowodziłby stanowczo zupełnéj ślepoty, ale tylko w takim razie, gdybyśmy mieli pewność, że przyczyną tego nie są przeszkody w narządzie odruchowym, bo mimo największéj wrażliwości siatkówki na światło odruch tęczówki nie mógłby nastąpić, gdyby nerwy rzęskowe były porażone, lub gdyby przyczepiny tylne albo inne zmiany chorobowe w tęczówce tamowały jéj ruchy. Przypominam tutaj porażenie i zupełną nieruchomość tęczówki w jaskrze występujące, osobliwie w postaciach zapalnych tego cierpienia częstokroć już bardzo wcześnie, w okresie, w którym bystrość widzenia, przynajmniéj naośnego, może być jeszcze bardzo znaczną, jeżeli nie prawidłową; daléj rozszerzenie źrenicy, rzadko kurczowe (*Mydriasis spastica*), częściéj porażenne (*paralytica*), jako cierpienie samoistne, nareszcie sztuczne (*M. artificialis*) w skutku atropinu, który sobie symulanci niekiedy zapuszczają w celu wprowadzenia lekarza w błąd [1]). Ażeby usunąć wątpliwość, czy nieruchomość źrenicy nie jest wywołaną przez zmiany w przyrządzie odruchowym, odsłaniamy oko zdrowe, a przekonawszy się, że tęczówka jego oddziaływa należycie na światło wpadające wprost do niego, każemy się niém wpatrywać np. w palec trzymany w odległości 25 do 30 cm., a wtedy zasłaniamy i odsłaniamy oko rzekomo ślepe, a jeżeli teraz nie oddziaływa tęczówka oka zdrowego, mamy pewność, że ślepota drugiego oka nie jest udaną lecz rzeczywistą. Utwierdzi nas jeszcze w tém przekonaniu oddziaływanie tęczówki oka rzekomo ślepego na światło wpadające do drugiego. Jeżeli przeciwnie, wpuszczając naprze-

---

[1]) Jeżeli więc podczas wystawienia obu oczu na światło zasłaniamy jedno z nich, to nie tylko w tém ale i w drugiém oku źrenica się rozszerza, przybierając jednakże w obu tylko rozmiar pośredni pomiędzy tym, który odpowiada zasłonięciu, a tym który odpowiada odsłonięciu obu oczu, gdyż podnieta światła działającego tylko na jednę siatkówkę drażni ośrodki mózgowe o połowę słabiéj niż gdyby działała równocześnie na obie siatkówki.

[1]) Mocne rozszerzenie źrenicy oka rzekomo ślepego i zupełna jéj nieruchomość (na wszelkie wpływy) w skutku atropinu, zapuszczonego w celu oszukańczym, zamiast uśpić, wzbudzi raczéj podejrzenie lekarza, bo źrenica oka ślepego, którego przyrząd odruchowy jest prawidłowy, nie traci swéj ruchomości na inne bodźce, a światło działające na drugie zdrowe oko sprawia, że rozmiary obu źrenic są wprawdzie większe, ale mniéj więcéj jednakowe.

mian to większą to znów mniejszą ilość światła do oka rzekomo ślepego dostrzeżemy w niém samém lub w drugiém zwężanie i rozszerzanie się źrenicy, będzie to w najwyższym stopniu za tém przemawiać, że oko badane ma przynajmniéj ilościowe poczucie światła, zazwyczaj tém lepsze im raźniejsze i mocniejsze będą ruchy tęczówki, nie da nam atoli bezwzględnéj pewności w téj mierze, a to z powodu, że chociaż bardzo wyjątkowo wydarzają się przecież przypadki, w których podnieta światła nie dochodzi do świadomości, a zatém nie wznieca właściwego czucia, a mimo to odruch tęczówki wywołuje. Przypadki takie tłumaczą się w ten sposób, że przewodnictwo utrzymało się w siatkówce, nerwie wzrokowym, ośrodku odruchowym i nerwie okoruchowym aż do żdziergacza źrenicy, podczas gdy jest przerwane między ośrodkiem odruchowym a uczuwającym światło. W pewnéj ilości takich przypadków znajdziemy, zwłaszcza po dłuższém trwaniu, badając wziernikiem jakieś zmiany chorobowe, najczęściéj mniéj więcéj wybitne oznaki zaniku nerwu wzrokowego, ale w wielu innych wynik badania będzie całkiem ujemny, a przecież sumienność nie pozwoli nam polegać na dostrzeżonym, choćby wcale wyraźnym odruchu tęczówki, jako na zupełnie pewnym i stanowczym dowodzie kłamliwości zeznań badanego [1]).

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. O wyróżnianiu wrzodów wenerycznych części płciowych ze stanowiska klinicznego.

(Odczyt miany na posiedzeniu Tow. lek. krak.)

Przez Dra **Zarewicza**,
prymaryjusza oddz. wener. i skórn.

(Dokończenie. Patrz Nr. 23.)

Również w przebiegu zmian otrzymanych po zaszczepieniu wydzieliny wrzodu stwardniałego lub kłykcin sączących osobom syfilitycznym, dopatrzyć się możemy znacznéj odmiany od znanego kolegom przebiegu szankra, który jak wiadomo odznacza się szczególniejszą w ustępowaniu uporczywością, zmiany bowiem te pozostawione własnemu losowi w krótkim czasie się goją. Pierwszą oznaką zbliżającego się polepszenia jest ustępowanie otaczającego zaczerwienienia, dno wrzodu staje się czyściejsze i mniéj ropą obłożone. W tych przypadkach, w których po szczepieniu wytworzył się ropień w skórze, uważano, że ilość wydzielającéj się za naciekiem ropy bywała mniejszą. Najbliższym dalszym przypadem jest rozpoczynające się od obwodu gojenie się. Gojenie to postępuje zazwyczaj szybko, tak iż w niektórych razach, z wyjątkiem tych zmian, które polegały na wytworzeniu się ropnia, w przeciągu 24 — 48 godzin uważano zupełne zabliźnienie się.

Polepszenie występowało w dniu 6tym trwania zmian, a zabliźnienie najczęściéj zdarzało się w dniu 8ym, w rzadszych tylko razach późniéj. Szankier nigdy tak szybko się nie goi.

Najbardziéj jednak uderzająca różnica zachodzi między w mowie będącemi zmianami a szankrem, ze względu na zachowanie się ich przy przeszczepianiu na osoby syfilityczne, albowiem zauważyłem, że wydzielinę zmian po szczepieniu otrzymanych, a będących na szczycie swego rozwoju, nie zawsze można było przeszczepić temu samemu choremu; a często z kilku przeszczepień na chorym równocześnie dokonanych pewna ich tylko część przyjmowała się.

Daléj uważałem, że wydzielina zmian przeszczepionych, przeszczepiona na inną osobę syfilityczną wcale się nieprzyjęła, podczas gdy ta sama wydzielina była jeszcze przeszczepialną w kilku kolejach na samym chorym.

Wydzielina z jednéj i téj saméj zmiany pochodząca, przeszczepiona samemu choremu w różnych czasach zachowywała się rozmaicie w swych skutkach, albowiem podczas gdy zmiany po wcześniejszém przeszczepieniu ograniczały się li tylko do zaczerwienienia, przeszczepienie w kilka dni późniéj i to w kilku naraz miejscach dokonane w jedném z nich przyjęło się i było jeszcze na innéj osobie syfilitycznéj przeszczepialném.

Różnica zatém polega głównie na zmienności w zachowaniu się tych zmian przy ich przeszczepianiu na osoby syfilityczne, która mimo woli naprowadzać nas musi na przypuszczenie, że prócz innych czynników na przyjmowanie się ich wpływa także sam teren, czyli indywidualność osoby szczepieniu poddanéj. Tego rodzaju zmiennością nie odznacza się szankier, gdyż dopóki znachodzi się w okresie niszczenia dopóty ropa jego bez względu na osobę lub miejsce przyjmuje się.

Zdaje mi się zatém, że jeżeli ze względu na wejrzenie przebieg i zachowanie się, pod względem przeszczepialności dosyć napotykamy różnic między szankrem a w mowie będącemi zmianami, należy je uważać za coś od szankra odrębnego.

Chcąc jednak rozstrzygnąć wątpliwości ostatecznie nasunąć się mogące, czy mimo wyżéj wykazanych różnic zmiany te nie są szankrami, postanowiłem przeszczepić je na osoby wolne od kiły.

W ogóle Boeckowi jak i innym w tym kierunku pracującym zarzucano, że na doświadczeniach ich nie można o tyle polegać o ile nie były one dokonywane na osobach wolnych od kiły; żaden jednak z nich nie starał się rozwiązać zadania w odnośnym kierunku. Wprawdzie Boeck odwoływał się do dwóch przez siebie obserwowanych przypadków, które jednak nie wytrzymały krytyki, już to ze względu na rozmaity rezultat szczepienia, jaki się w obu tych przypadkach

---

[1]) W dniu 19 marca b. r. wezwali mnie koledzy W. i L. na naradę do izraelitki 63-letniéj, która dostawszy w nocy z 16go gwałtownych bolów głowy z nudnościami i wymiotami ociemniała w ciągu popołudnia 17go na oba oczy tak zupełnie, że przy badaniu, które w 40 godzin po oślepnięciu przedsięwziąłem, nie uczuwała nawet mocno skupionego światła lampy. Mimo zupełnego braku poczucia światła na obu oczach oddziaływała na światło źrenica lewa wprawdzie słabo ale wyraźnie, prawa zaś wcale energicznie. Na szczególną atoli uwagę zasługiwało to, że kolejne zasłanianie i odsłanianie oka prawego wywoływało w oku lewém ruchy tęczówki równie mocne i szybkie jak w prawém, a znacznie mocniejsze niż światło działające wprost na oko lewe. Przeciwnie oddziaływała źrenica prawa tylko słabo na wpływ światła wpadającego do oka lewego. Przytaczam to spostrzeżenie dlatego, ponieważ Mauthner *(Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophth. für das Jahr 1876* str. 393) mówi, iż nie wie z własnego doświadczenia, jak się zachowuje źrenica oka zdrowego przy zasłanianiu oka ślepego w tych przypadkach, w których mimo zupełnéj ślepoty tęczówka oddziaływa na światło. Nawiasem wspomnę, że badanie wziernikowe wykryło zapalenie zastoinowe obu nerwów wzrokowych, tudzież że przy drugiéj naradzie w dwie doby po pierwszéj chora czytała każdém okiem średni druk hebr. i poznawała wszystkie trzy skazówki zegarka kieszonkowego. Dalsze losy téj choréj nie są mi wiadome.

okazał, już też że szczepienia te dokonane zostały przez osoby nieświadome rzeczy, bo przez same chore, i to skrycie, a zatém bez żadnego nadzoru lekarskiego, a w końcu także i z tego względu, jak to prof. Auspitz bardzo słusznie zauważył, iż źródło szczepienia nie jest dokładnie podaném.

Przeszczepienia zmian otrzymanych tém bezpieczniéj dokonać mogłem na osobach wolnych od kiły, iż opierając się na słusznych wywodach wspartych na licznych moich obserwacyjach, wyrobiłem sobie to pewne przekonanie, że zmiany wywołane przez szczepienie osobom syfilitycznym wydzieliny wrzodu stwardniałego lub kłykcin sączących są tworami natury czysto zapalnéj, a jako takie nieszkodliwe.

Rzeczywiście wynik tych doświadczeń czynionych na osobach wolnych od kiły był we wszystkich przypadkach ujemnym, a jest on tém więcéj uderzającym, o ile równocześnie, że tak powiem, kontrolujące szczepienia tą samą wydzieliną na osobach syfilitycznych dokonywane, dawały przeważnie wynik dodatni.

Jeżeli zatém, wracając do przedmiotu, szanker przeszczepiony wywołuje zawsze tylko szankra, wrzód zaś stwardniały albo całkiem jest nieprzeszczepialnym, albo téż w razie gdy się przyjmuje wywołuje w miejscu szczepienia zmiany natury zapalnéj z krótkotrwałym przebiegiem, nie mające dążności do szerzenia się i nieprzeszczepialne na osobach wolnych od kiły, wynika zatém z tego, iż we własności przeszczepialności szankra upatrywać należy koniecznie jeden jeszcze przypad więcéj wyróżniający go od wrzodu stwardniałego.

Okoliczność ta, że po przeszczepieniu wydzieliny wrzodu stwardniałego na samym chorym otrzymujemy pewnego rodzaju zmiany, nie powinna wpłynąć na wytworzenie sobie mylnego poglądu na sprawę chorobową, skoro się zważy, że najnowsze doświadczenia pp. Emila Vidala i Douauda wykazały, że liszaj napletkowy może być również niekiedy na samym chorym przeszczepiony, doświadczenia zaś prof. Kaposiego dowiodły, że ropa zdjęta z krost towarzyszących świerzbowi lub zwykłego trądzika zaszczepiona tak osobom syfilitycznym jak i niesyfilitycznym jest w stanie wywołać krosty w dalszych kolejach przeszczepialne. Opierając się więc na wywodach prof. Boecka i jego zwolenników należałoby równém prawem zmianom, o których co tylko wspomniałem, przypisać pewną z wrzodem stwardniałym lub szankrem wspólność, na co się zapewne nikt nie zechce i nie może zgodzić.

Z powyższego zatém wynika, że przeszczepienie szankra ma swą wartość dyjagnostyczną, jeżeli tylko zechcemy uwzględnić zmiany, jakie po przeszczepieniu otrzymujemy.

Tyle co do przeszczepialności szankra i wrzodu stwardniałego; obecnie zaś wypada nam powrócić do wyróżniania zmian, które możnaby uważać za szankier.

Mówiłem, że ekskoryjacyje towarzyszące zwykłemu zapaleniu napletka i żołędzi jakotéż zapaleniu sromu, jak niemniéj ekskoryjacyje po liszaju płciowym, ze względu, że zazwyczaj utrata tkanek jest bardzo nieznaczną, mogą być łatwo brane za wrzód stwardniały.

W przeważnéj liczbie tego rodzaju zboczeń w istocie tak się dzieje, nieraz jednak zmiany te okazują znaczniejszą utratę a wtenczas mogą one być również tak podobne do szankrów, iż nieraz bardzo trudno odróżnić je od takowych. Dlatego też chciałbym obecnie w kilku słowach zwrócić uwagę szan. kolegów na przypady, według których w odróżnianiu tych cierpień kierować się należy.

Zmiany te ze względu na ilość i jakość wydzieliny w niczém nie różnią się od szankrów, w obu bowiem razach wydzielina jest obfitą i ropną; natomiast dno ich jest gładkie, a brzegi wcale nie okazują tych cechujących podminowań, jakiemi się szankry odznaczają, a które są wyrazem ich dążności do szerzenia się w obwodzie; daléj wypada mi zwrócić uwagę kolegów na świeżo wytwarzające się zmiany w obwodzie zmian starszych położone, które bądź jak przy szankrze przez dobrowolne przeszczepienie się powstały, bądź téż wytworzyły się w sposób cierpieniom tym właściwy. Otóż jeżeli w wątpliwych razach baczną zwrócimy uwagę na zmiany w obwodzie świeżo powstałe, zauważymy, że jeżeli mamy przed sobą zmiany do liszaja płciowego, zapalenia napletka lub zapalenia sromu odnoszące się, zmiany te przedstawiają się nam jako powierzchowne ekskoryjacyje o nieregularnych obrysach, w przeciwnym razie, tj. jeżeli zawdzięczają one powstanie swoje szankrowi, okazywać będą małe wrzodziki przedstawiające stosunkowo do swoich rozmiarów niezwykłą utratę i zaczerwienienie otaczającéj je błony śluzowéj.

Przy odróżnianiu liszaja płciowego od szankra baczyć również należy na szczegóły, które uwydatniłem już przy odróżnianiu go od wrzodu stwardniałego.

Przebieg tych cierpień jest stosunkowo znacznie krótszym, przy nieznacznych nawet zabiegach terapeutycznych, niż przebieg szankrów; najważniejszą jednak cechą wyróżniającą cierpienia te od siebie, jest własność przeszczepialności szankra, o któréj co tylko kolegom mówiłem.

Gruczoły pachwinowe tak przy szankrze, jak i przy omawianych zmianach, bywają albo wcale nie zajęte, albo téż, jak np. przy szankrze, zropiawszy przeobrazić się mogą na charakterystyczne wrzody szankrowe. Podobnie jak poprzednie cierpienia, tak i kłykciny sączące pod postacią już to odosobnionych już téż zlewających się guzów występujące, mogą na swéj powierzchni rozpadać się i tworzyć do szankrów zbliżone wrzody.

Owrzodzone kłykciny sączące tém się jednak różnią od szankrów, że okazują zawsze wyniosłe i spadziste brzegi, a dno gładkie, w obwodzie zaś otoczone są nierozpadłym jeszcze szarym naciekiem kłykcin sączących; kształt tych wrzodów jest nieregularny, często wrzynają się one pomiędzy zlane ze sobą kłykciny sączące, tworząc tém samém szczeliny, kryjące na dnie swoim głębokie wrzody. W obwodzie tych owrzodziałych kłykcin zawsze jeszcze odszukać możemy odosobnione lub zlewające się nierozpadłe jeszcze kłykciny sączące, które znakomicie rozpoznanie ułatwiają.

Daléj uwzględnić należy, że w każdym przypadku kłykcin sączących jesteśmy w stanie wykryć jeszcze inne przypady obecnéj kiły, jak np. równoczesną wysypkę, zmiany na błonach śluzowych lub innych częściach ciała, istniejący niekiedy jeszcze niezabliźniony wrzód stwardniały, lub co najmniéj powiększenie gruczołów chłonnych.

Różnice zatém między owrzodzonemi kłykcinami a szankrem zachodzące są tak wybitne, że przy małéj nawet wprawie każdy lekarz jest w stanie z łatwością odróżnić je od siebie.

W najnowszych czasach Dr. Martin zwrócił uwagę specyjalistów (w roczniku dla chorób kobiecych) na szczególniejszego rodzaju cierpienie syfilityczne szyi macicznéj, którego opis dlatego szan. kolegom w krótkości podaję, po-

nieważ według mego zdania cierpienie to mogłoby być uważane za wrzód stwardniały szyi macicznéj.

W okresie kiły drugorzędnym szyja maciczna może być bardzo często (48 razy na 100) siedzibą zmiany chorobowéj, odznaczającéj się najpierw przerostem téj części, a następnie dopiero jéj owrzodzeniem. W okresie kwitnienia cierpienia średnica szyi macicznéj jest znacznie powiększoną, jéj błona śluzowa jest fioletową i obrzękłą. Owrzodzenie, które najczęściéj zajmuje obie wargi (rzadziéj jedną tylko) jest gładkie, jakby warstwą pokostu pokryte, owrzodzenie jest powierzchowne a ropienie skąpe.

Owrzodziały syfilityczny przerost szyi macicznéj *(l'hypertrophie exulcérative)* nieokazuje nigdy przypadów zapalnych, ani też żadnych zboczeń czynnościowych macicy lub jajników. Występuje on średnio w 58 dniu, od czasu pojawienia się wrzodu stwardniałego licząc, a czasem poprzedza go gorączka „syfilityczna.“ Cierpieniu temu towarzyszy często równoczesny przerost migdałków, do którego cierpienie to jest najbardziéj zbliżoném. Współczesność obu tych cierpień zauważano 31 razy na 47. Cierpienie to w stanie kwitnienia jest zaraźliwém, jednakowoż nie daje się przeszczepić na samą chorą. Ustępuje ono w 4 do 5 tygodniach przy leczeniu ogólném. Leczenie miejscowe ma tylko znaczenie podrzędne i samo nie usuwa cierpienia, jeżeli nie połączono go równocześnie z leczeniem ogólném. Dotąd niespotkałem się z tém cierpieniem, jakkolwiek ustawicznie za niém śledzę; nie zdaje się zatém być tak częstém, jak autor twierdzi, dlatego też wstrzymuję się od podania kolegom cech wyróżniających je od wrzodu stwardniałego.

Najbardziéj podobnemi do wrzodu stwardniałego w głąb drążącego lub wreszcie do szankra są zmiany, które zaliczamy do późniejszych okresów kiły. Zmiany te znachodzą się u mężczyzn na wewnętrznéj stronie napletka, na żołędzi lub szczególniéj w rowku wieńcowym żołędzi, a u kobiet w okolicy spoidła dolnego, lub na wewnętrznéj stronie warg wstydliwych mniejszych lub większych. Z miejsce tych szerząc się na sąsiednie części mogą zajmować w rzadszych i złośliwszych razach znaczne przestrzenie. Występują one pod postacią odosobnionych lub zlewających się guzków lub guzów *(tubercula syphilitica)* płaskich, ściśle ograniczonych, mało co lub wcale niebolesnych, nieodznaczających się żadnemi przypadami zapalnemi, barwy czerwono-brunatnéj, konsystencyi zbitéj. Zmiany te odpowiednio leczone ustępują dość łatwo, nieleczone jednak, lub co gorsza, wystawione na szkodliwe wpływy, przeobrażają się na wrzody mniéj lub więcéj do wrzodu stwardniałego lub szankra zbliżone. W tym okresie przedstawiają się one jako płytsze lub głębsze owrzodzenia o brzegach spadzistych, dnie gładkiém, szaro-żółtą ściśle przylegającą wypociną pokrytém; podstawę ich stanowi nierozpadły jesze naciek, dlatego też konsystencyja jéj jest zbitą. Wrzody te tak samo jak guzy, z których powstały, nieodznaczają się niemal żadną bolesnością i w zwykłych razach nie towarzyszą im żadne przypady zapalne. Kształt wrzodów odpowiednio do pierwotnéj zmiany jest zazwyczaj okrągłym z wyjątkiem tych przypadków, w których zmiany blisko siebie ułożone zlewają się w jedną całość. Nie wspominam kolegom o znacznych spustoszeniach, jakie te zmiany w pewnych rzadszych przypadkach wywołać mogą, gdyż już sam widok takowych jest w stanie naprowadzić nas na prawdziwą drogę.

Z przedstawionego opisu powziąść możecie koledzy przekonanie, że opisane zmiany są bardzo podobne do wrzodu stwardniałego w głąb drążącego, albowiem tak ich brzegi jakotéż i dno w niczém się nie różnią od dna i brzegów wrzodu stwardniałego, podstawa w jednym i drugim przypadku jest zbitą, jedyną jednak zmianą wyróżniającą je od wrzodu stwardniałego, jak to mogliśmy zauważyć, jest brak odpowiedniego cechującego wrzód stwardniały zajęcia gruczołów pachwinowych; nie mogę jednak zamilczeć, że czasem obok w mowie będących zmian wyśledzić możemy w jednéj lub obu pachwinach powiększone gruczoły, jako pozostały jeszcze zabytek po przebytym wrzodzie stwardniałym. Jedyną pewną dyjagnostyczną wskazówką mogą być nierozpadłe jeszcze guzki lub guzy obok powyżéj opisanych zmian się znachodzące, albo też objawy kiły późnéj w innych częściach ciała. W pewnych razach wywiady mogą nam oddać nieocenioną przysługę, szczególniéj gdy inteligentni chorzy zwracają uwagę naszą na poprzedzające już zmiany syfilityczne jako następstwo przebytego wrzodu stwardniałego. Aby odróżnić opisane zmiany od szankra, zwracam uwagę kolegów, z małemi odmianami, które sami sobie uzupełnić zdołacie, na to co dotąd mówiłem o wyróżnianiu szankra od innych zmian, dodając że przeszczepienie tych zmian stanowi nieraz jedyny dowód dyjagnostyczny, który w takich przypadkach tém donioślejsze ma znaczenie, że, o ile mnie jest wiadomo, nieudało się dotąd nikomu przeszczepić na samym chorym zmian do kiły późnéj należących.

Trudném a czasem nawet zupełnie niepodobném, jak tego dowodzą znane przypadki w literaturze, jest odróżnienie wrzodu stwardniałego od raka nabłonkowego.

Przypady kliniczne zupełnie rozwiniętego raka nabłonkowego części płciowych są tak odmienne od wrzodu stwardniałego, że trudno przypuścić, aby można jedno cierpienie uważać za drugie. O wyróżnianiu zatém takiego raka nie będę mówił. Jeżeli jednak mamy przed sobą rozpoczynającego raka nabłonkowego części płciowych, natenczas odróżnienie go od wrzodu stwardniałego, jakkolwiek pod każdym względem bardzo ważne, napotykać może na niepokonane trudności.

Rak nabłonkowy części płciowych występuje najczęściéj pod dwojaką postacią, albo jako rak płaski *(der flache Epithelialkrebs)* albo pod postacią raka w głąb drążącego *(die tiefgreifende Form des Epithelialkrebses)*; pamiętać jednak należy, że rak płaski odznaczający się przeważnie łagodnym jakkolwiek długotrwałym przebiegiem, z czasem przybrać może charaktery raka w głąb drążącego a wtenczas odznacza się właściwą téj formie złośliwością. Tylko te dwie postacie mogą być w początkach brane za wrzód stwardniały, dlatego o trzeciéj postaci, pod którą rak na częściach płciowych może się pojawiać, jako więcéj do brodawkowatych wybujałości zbliżonéj, również nie będę mówił. Siedzibą raka nabłonkowego części płciowych jest najczęściéj napletek lub żołądź, a u kobiet wargi wstydliwe większe, zkąd szerząc się na sąsiednie części sprowadzić może z biegiem czasu kolosalne spustoszenia.

Dla łatwiejszego zrozumienia rzeczy przypomnę kolegom, że rak płaski rozpoczyna się od jednego lub kilku obok siebie ułożonych guzków drobnych, bo do wielkości główki od szpilki dochodzących, połyskujących, przeświecających, barwy szaro-białéj lub blado-różowéj, konsystencyi twardéj; treść z tych guzków wyciśnięta przedstawia się jako szarobiała kuleczka o powierzchni drobno ziarnistéj, łatwo między palcami rozetrzeć się dająca, a pod mikroskopem zbadana przedstawia się nam jako komórki przybłonka zbite, dośrod-

kowo do siebie ułożone. Powierzchnia tych guzków łatwo się rozpada, szczególniéj jeżeli narażoną jest, jak to ma miejsce na częściach płciowych, na zewnętrzne wpływy szkodliwe; wtenczas przedstawia się nam ekskoryjacyja lub powierzchowny wrzód o brzegach spadzistych, płaskich, powierzchni ciemno-czerwonéj, lekko ziarnistéj, łatwo broczącéj, wydzielający ciecz skąpą, kleistą, łatwo usychającą. Podstawa wrzodu twarda, otaczające tkanki, jakkolwiek również naciekłe, są na pozór albo wcale niezmienione, albo pokryte drobnemi guzkami, o których wspomniałem. Szerzenie raka następuje w ten sposób, że w pobliżu wrzodu lub ekskoryjacyi wykwitają świeże guzki, które rozpadając się zarówno jak i pierwsze przyczyniają się w ten sposób do zajmowania większych obszarów. Postać ta raka nie cechuje się bolesnością, gruczoły odpowiednie limfatyczne bywają zazwyczaj niezajęte, a przebieg jego, dopóki ogranicza się do szerzenia się tylko w płaszczyźnie, jest bardzo powolny i stosunkowo łagodny. Rak ten może się od środka goić, co jednak nie przeszkadza mu wcale w szerzeniu się w obwodzie. O wiele częstszym jest jednak przebieg taki, że rak nabłonkowy, który płaskim zwiemy, przy równoczesném szerzeniu się w płaszczyźnie drąży w głąb, tworząc w ten sposób rozległe i głębokie nacieki zespojone z tkaninami pod nim ułożonemi. W ten sposób rak płaski przybiera charaktery i znaczenie raka złośliwego. Jeżeli rak w głąb drążący, albo inaczéj guzowatym zwany (*knotige Infiltration oder tiefgreifender Epithelialkrebs*) od początku jako taki występuje, wytwarzają się na powierzchni tkanek guzki blizko obok siebie ułożone, lekko albo wcale nad powierzchnię nie wyniosłe, do wielkości grochu dochodzące. Jeżeli skórę chorobowo zmienioną w fałd palcami ujmiemy, przekonać się możemy, że guzki te głębiéj sięgają, aniżeli to przypuścić można było, sądząc z ich wejrzenia. Guzki te powiększając się zlewają się z sąsiedniemi w większe guzy i tworzą (obok równoczesnego wytwarzania się w obwodzie świeżych guzków) tym sposobem rozległe, guzowate, gładkie, połyskujące, różowe lub sino-czerwone obrzęki, daleko w głąb sięgające. Czasem obrzęki te w środku posiadają pępkowate wciągnięcie; konsystencyja ich jest twardą. Ostatecznie po miesiącach lub latach rak rozpada się, przeobrażając się na wrzód wydzielający ciecz posokowatą lub ropiastą. Gruczoły w raku tym z biegiem czasu stale bywają zajęte, a oprócz tego u mężczyzn często towarzyszy im guzowate, twarde zgrubienie grzbietnego naczynia limfatycznego prącia. Nowotworowi temu towarzyszą znaczne bóle przeszywające, które chorego szczególniéj w nocy trapią. Przebieg nowotworu jest powolnym.

Z powyższego krótkiego opisu mogliście się koledzy przekonać, jak wielkie podobieństwo zachodzić nieraz może między wrzodem stwardniałym a rakiem nabłonkowym części płciowych, szczególniéj gdy tenże występuje pod postacią płaskiego raka nabłonkowego. Na wstępie jednak wspomniałem już, że łatwość brania jednego z tych cierpień za drugie szczególniéj możebną jest w początkach, i dlatego też z téj zasady wychodząc w opisywaniu uwzględniłem przeważnie tylko początkowe okresy nowotworowe.

W odróżnianiu raka nabłonkowego od wrzodu stwardniałego uwzględnić przedewszystkiém należy długotrwały przebieg nowotworu, a tém samém jego powolne, nieraz kilku lat wymagające, powiększanie się. Daléj uwzględnić należy zupełny brak zajęcia gruczołów chłonnych w raku nabłonkowym płaskim, mimo jego długotrwałego przebiegu, a znakomicie późniejsze zajęcie takowych z równoczesném nieraz zgrubieniem guzowatém naczynia limfatycznego grzbietnego prącia w raku w głąb drążącym, w przeciwieństwie do szybkiego charakterystycznego zajęcia gruczołów przy wrzodzie stwardniałym. W danym przypadku cechujące szare, przeświecające guzki w raku płaskim, lub guzy w raku w głąb drążącym w obwodzie nowotworu ułożone, mogą być przypadem wyróżniającym niezrównanéj wartości; podobnych bowiem zmian nigdy nie napotykamy przy wrzodzie stwardniałym. Uwzględnić wreszcie należy bóle przeszywające właściwe rakowi pod drugą postacią występującemu, bóle, które z powodu ciągłéj bezsenności, na jaką jest narażony chory, doprowadzają go do szybkiego wyniszczenia. Nie małą rolę odgrywa także wiek chorego, w przeważnéj bowiem liczbie przypadków rak nabłonkowy występuje zazwyczaj po 40tym roku życia; wydarzyć się jednak mogą aczkolwiek nader rzadko przypadki raka nabłonkowego, jak to sam obserwowałem i pod drobnowidem stwierdziłem, w wieku młodzieńczym. W niektórych razach dłuższa obserwacyja chorego i leczenie pouczyć nas mogą o przyrodzie cierpienia, albowiem w pierwszém razie powinny wystąpić znane kolegom przypady zakażenia kiłowego ogólnego, w drugim zaś przypadku rtęć wewnętrznie podana winna zupełnie usunąć cierpienie, gdy przeciwnie w raku nabłonkowym podobne leczenie nie zdoła odnieść najmniejszego skutku.

Gdyby jednak mimo uwzględnienia wszelkich możliwych podstaw rozpoznanie ulegało jeszcze wątpliwości, natenczas badanie drobnowidowe jest w stanie usunąć takowe, dlatego też w żadnym przypadku, zdaniem mojém, przed przedsięwziąć się mającym zabiegiem chirurgicznym, nie należy pomijać tego ostatecznego dowodu, gdyż znane są przypadki wycinania wrzodów stwardniałych w mniemaniu, że miano do czynienia z nowotworem.

Prócz opisanych zmian mogą znachodzić się jeszcze na częściach płciowych tak u mężczyzn jak i u kobiet inne zmiany chorobowe, jak np. czyraki, ograniczone ropnie, krosty świerzbownika lub wreszcie rozmaite cierpienia skóry, o których li tylko dlatego nie wspomniałem, że ze względu na znamiona i przypady im towarzyszące różnią się znacznie od wrzodów wenerycznych.

Z tego, o czém dotychczas mówiłem, mogliście szan. koledzy przekonać się, że jakkolwiek w przeważnéj liczbie przypadków wrzodów wenerycznych jesteśmy w stanie z łatwością odróżnić takowe od cierpień innéj natury będących, o tém jednak przekonaliśmy się równocześnie, że każdy lekarz spotykać się może z przypadkami, w których, mimo najskrupulatniejszego badania, nie jesteśmy w stanie rozpoznać na razie cierpienia, zwłaszcza tam, gdzie na pojedyńczy zrazu przypadek składały się rozmaite poniekąd szkodliwe wpływy. Dlatego też przy rozpoznawaniu wrzodów wenerycznych zachować należy tę ostrożność, ażeby nigdy nie polegać wyłącznie na jednym tylko przypadzie chorobowym i jedynie z niego chcieć wnioskować o istocie zmiany chorobowéj, lecz przeciwnie wszędzie i zawsze uwzględnić należy zbiór wszystkich przypadów wzajemnie się dopełniających i na nich dopiero opierać swoje rozpoznanie. Gdyby jednak mimo to pozostawała jeszcze najmniejsza wątpliwość, należy się, szczególniéj w przypadkach sądowolekarskich, dopóty wstrzymać z ostateczném orzeczeniem, dopóki dalszy przebieg nie potwierdzi rozpoznania naszego.

III. Oceny i sprawozdania.

A. Fournier. **La syphilis du cerveau**. Leçons cliniques recueillies par E. Brissaud. Paris 1879. G. Masson, éditeur. 8ka, str. 654.

Wśród powodzi świeżych dzieł i rozpraw lekarz praktyczny pragnący utrzymać się na stanowisku nauki i kierować się najnowszemi jéj zdobyczami trudne ma przed sobą zadanie, gdy mu chodzi o wybór dzieł mogących rzetelne przynieść korzyści. W celu téż ułatwienia lekarzowi zadania przerzeczonego wydaje Ziemssen znany podręcznik szczegółowéj patologii i terapii, którego współpracownicy nie wstydzą się podawać owocu nie tylko swoich ale i cudzych doświadczeń i spostrzeżeń w formie potrzebom praktycznym jak najodpowiedniejszéj, pomni, iż tém swéj powszechności lekarskiéj większą bezwątpienia oddają usługę, niż wielu wrzekomych badaczy swemi pracami oryginalnemi tonącemi tak prędko a słusznie w falach zapomnienia. Ten to także zapewne miał cel przed oczyma Fournier podając nam w formie wykładów klinicznych obecny stan nauki o kile mózgu.

W 22 wykładach przechodzi autor wszystko, co tylko dla lekarza naukowego a zarazem praktycznego ma ważność rzeczywistą. I tak w pierwszym wykładzie podaje nam uwagi o przyczynach zmian kiłowych w mózgu, w 2gim i trzecim ich anatomiję patologiczną niewdając się słusznie w wątpliwe subtelności mikroskopowe niemające wagi dla klinika, ale wywodząc natomiast cenne dla patologii i terapii wnioski, jak wielorakość objawów klinicznych, nader rozmaity sposób łączenia się zboczeń czynnościowych układu nerwowego, zboczenia właściwe tylko kile i zwykłe. Tak np. uważa autor zmianę chorobową tętnic za sprawę swoistą, ale jéj następstwa za sprawę prostą, za skutek zmian w krążeniu bez względu na rodzaj ich przyczyny. Podział ten ma wagę praktyczną, bo jak możemy coś zdziałać przeciw zboczeniom czysto kiłowym, tak jesteśmy bezsilni przeciw ich następstwom.

W następnych wykładach zajmuje się autor rozmaitemi postaciami kiły mózgowéj dzieląc je na pierwotne czyli początkowe i następowe. Postacie pierwotne dzieli znów według ogólnych typów, do których stósują się z małym bardzo wyjątkiem prawie wszystkie przypadki chorobowe, na postacie 1) z bólem głowy, 2) nawałem, 3) padaczką, 4) utratą mowy, 5) zboczeniami umysłowemi, 6) porażeniem. Nad każdą z tych postaci zastanawia się autor obszernie objaśniając przedmiot mnóstwem szczegółów zaczerpniętych z własnéj praktyki i popierając swe uwagi przykładami treściwie przytoczonemi. Te właśnie przykłady wyróżniają nader korzystnie pracę Fourniera od podobnych prac autorów niemieckich, którzy lubując się w cytatach przywodzą historyje chorób tak obszernie i z tyloma nieraz drobnemi a dla głównego celu obojętnemi szczegółami, iż z pewnością nie każdemu chce się je czytać. Zrozumiał to dobrze Fournier, iż przykłady chorób obszerne nadają się raczéj do kazuistyki lub rozpraw z celem, że tak powiemy, drobniejszym, ciaśniejszym, ale w pracy mającéj za zadanie obznajomić czytelnika z obecnym stanem całéj ważnéj i wielkiéj sprawy patologicznéj nie są one na miejscu: powiększają objętość książki niepotrzebnie i nużą czytelnika, który czas tracąc na drobnych szczególikach może nieraz zapomnieć o rzeczy głównéj.

W 18tym wykładzie znajdujemy rzecz o postaciach kiły mózgowéj mięszanych, chwiejnych *(vagues)*, powikłanych i ogólnym stanie chorych podczas przypadów mózgowych.

W 19tym i 20tym wykładzie zajmuje się autor wpływem leczenia swoistego na chorobę twierdząc, że w jego braku kiła mózgowa postępuje ciągle naprzód i prowadzi do zmian organicznych. Pod względem przebiegu dwojakie rozróżnia przypadki: jedne, w których forma początkowa, np. porażenie połowicze, zostaje ciągle, stale i nie łączy się z innemi, drugie, w których choroba robi się ogólniejszą w mózgu, ponieważ łączy w sobie rozmaite zboczenia czynnościowe.

W przedostatnim wykładzie kreśli autor przebieg kiły: w jednych przypadkach powolny, w drugich prędki. Zakończenie kiły mózgowéj bywa trojakie: śmierć, wyzdrowienie zupełne, wyzdrowienie niezupełne. Pod względem statystycznym może autor na 138 przypadków dokładnie przez siebie postrzeganych podać zakończenie ostateczne w 90; z tych zakończyło się śmiercią 14 przypadków czyli nieco więcéj niż 15·5%, wyleczeniem zupełném 30 czyli 33%, wyleczeniem niezupełném z nieznacznemi pozostałościami 13 przypadków czyli przeszło 14%, wyleczeniem niezupełném z pozostawieniem ciężkich zboczeń w zakresie ruchu, zmysłów i czynności psychicznych 33 przypadki czyli blisko 37%. Daje to miarę ważności i niebezpieczeństwa kiły mózgu.

W ostatnim nakoniec wykładzie znajduje się terapiją: autor wychodzi i słusznie ze stanowiska, że leczenie kiły mózgowéj jest po prostu tylko leczeniem kiły zwyczajnéj zmienionem jedynie według osobliwszych tutaj warunków i że opiera się na użyciu dwóch czynników *(agents)* przeciwkiłowych tj. rtęci i jodku potasu.

Ze względu na ważność i niebezpieczeństwo choroby potrzeba koniecznie postępowania energicznego, a to wymaga, żeby działanie lecznicze stósować 1) jak najrychléj, 2) jak najmocniéj, 3) przez cały czas trwania przypadów mózgowych i to tak, żeby mimo przyzwyczajenia się doń ustroju działanie pierwotne utrzymywać ciągle w swéj mocy, 4) nakoniec przez pewien czas już nawet po zupełném zniknięciu wszelkich przypadów mózgowych dla otrzymania skutku trwałego.

Co do pierwszego, niema dziś żadnéj wątpliwości, iż im wcześniéj rozpocznie się właściwe leczenie, tém pewniejszym skutek. Na szczególną pod tym względem uwagę zasługują przypady ostrzegające *(prémonitoire)* jak ból głowy, zawrot, przelotne porażenia, napady padaczki, zboczenia psychiczne.

Co do drugiego, łączyć należy zawsze, gdzie się da, obydwa najenergiczniejsze leki przeciwkiłowe: rtęć i jodek potasu. Zdaniem Fourniera nie ma prawie ludzi, którzyby nie mogli znosić jodku potasu, osobliwie, jeżeli się go podaje w stósownéj formie, np. razem z pokarmami lub napojami. Pod względem ilości 3 gramy dziennie uważa F. za dawkę najmniejszą dla człowieka dorosłego, ordynuje atoli zwykle po 5 do 8 gramów dziennie. Co do rtęci, uważa F. zgodnie ze wszystkimi prawie nowszymi autorami, że wcierania są najlepszym sposobem jéj używania, zalecając szaruchę z początku po 5 gramów dziennie i dochodząc szybko do dziennéj dawki 8, 10 i 12 gramów. Jeżeli rtęć przez skórę czy inną drogą do ustroju wprowadzana ma skutkować, powinno się ją przepisywać w dawkach dużych. Tam, gdzie jak w kile mózgowéj niebezpieczeństwo jest wielkie, nie należy się bawić dawkami drobnemi.

Co do trzeciego, leczyć oczywiście trzeba przez cały

czas trwania przypadów mózgowych, ale tak, żeby leczenie przez przyzwyczajenie się ustroju nie traciło nic na swéj skuteczności. Z własnego doświadczenia doradza F. sposób następujący: przez pierwszych 6 do 8 tygodni dostaje chory równocześnie jod i rtęć, potém przerwa kilkodniowa, po przerwie przez 20 dni znów wcierania, po nich przez 20 dni jodek potasu, poczém znów wcierania itd. W ten sposób leczy się ciągle chorego i to energicznie i zapobiega przyzwyczajeniu do jednego lub drugiego leku a przez to właśnie otrzymuje skutek znaczniejszy.

Co do ostatniego, powinno się prowadzić leczenie przez pewien czas nawet już po zniknieniu przypadów mózgowych, raz dlatego, ponieważ kiła z przyrody swéj skłonną jest jak wiadomo do powrotów, powtóre, że wyleczenia rzeczywistego nie można z początku odróżnić od pozornego. Dopiero po latach takiego leczenia, oczywiście z przerwami po kilka miesięcy, gdy chory nie okazuje ani żadnych nowych przypadów ani powrotu dawniejszych, można mówić o uzdrowieniu.

Prócz głównych leków jak rtęć i jodek potasu wspomina Fournier o środkach pomocniczych. Środki te nie skutkują bynajmniéj przeciw właściwym zmianom kiłowym, lecz tylko przeciw ich następstwom, o ile te mogą być terapii dostępnemi. Użycie ich też opiera się na ogólnych zasadach terapii chorób układu nerwowego. Tak hidroterapija skuteczną jest szczególniéj przeciw postaci padaczkowéj kiły. Bromek potasu (w ilości od 4 do 6 gramów dziennie), makowiec i jego przetwory, chloral, nadają się przeważnie tam, gdzie chodzi o uspokojenie podwyższonéj chorobowo czynności układu nerwowego. Środki przeczyszczające mają znaczenie jedynie przeciw zaparciu stolca, elektryczność głównie w postaci prądu galwanicznego przeciw rozmaitym porażeniom.

Pod względem ogólnym zasługuje na uwagę higijena mózgowa tj. staranne unikanie wszystkiego, coby mogło w jakikolwiek sposób wpłynąć niekorzystnie na mózg a zatém nadużycia płciowe, praca umysłowa, zbytnia ilość pokarmów a osobliwie napojów wyskokowych, wszelkie w ogólności wzruszenia moralne i fizyczne.

Z przytoczonéj treści dzieła, o którém mowa, widać, że autor nie pominął niczego, co ma ważność kliniczną i daje dokładny obraz tak ważnéj choroby, jaką jest kiła mózgu. Dodajmy do tego loiczne i bystre przeprowadzenie zadania, jakie sobie autor założył, lekkie i eleganckie przedstawienie rzeczy, dla którego książkę Fourniera czyta się jakby powieść bez żadnego znużenia a przecież na każdéj stronnicy z wielką korzyścią, obrobienie, które tak korzystnie odbija od ciężkiego i niestrawnego stylu w pracach wielu znakomitych zresztą autorów niemieckich, a nabierzemy przekonania, iż autor znakomicie przysłużył się swém dziełem nie tylko nauce ale i praktyce, że pracę jego każdy lekarz, któremu postęp nie obojętny, przeczyta z pożytkiem przez poznanie nie tylko treści ale i formy i nabędzie zdania, że najzawilsze nawet kwestyje kliniczne można podać w postaci przyjemnéj, przechodzącéj od razu *in succum et sanguinem* czytelnika.

Domański.

O żółtaczce noworodków i o wyborze chwili do podwiązania pępowiny przez Dra Poraka.

Sprawozdanie Dra A. Kwaśnickiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

Daléj Porak zadaje sobie pytanie, czy ustrój noworodka ma istotną korzyść fizyjologiczną z przysporzenia mu w powyższy sposób krwi? Doświadczenia czynione w tym celu podzielił autor na 2 kategoryje: do pierwszéj zalicza te dzieci, które uległy krwotokowi, drugą zaś rozdrobił na dwie części, włączając do pierwszéj te dzieci, którym podwiązano pępowinę bezzwłocznie, najpóźniéj w 2 minuty po porodzie; część druga obejmuje przypadki podwiązania opóźnionego z wtłoczeniem do ustroju krwi łożyskowéj i pępowinowéj; podstawą tych badań było ważenie noworodków: dzieci, które w ciągu pierwszych 8, 9 lub 10 dni życia przybierają na wadze, lub nie tracą więcéj nad 200,0, stanowią pierwszą część spostrzeżeń Poraka, będącą w przeciwieństwie z drugą, do któréj należą utracające więcéj nad 200.0 w wyżéj oznaczonym terminie. Dziesięć przytoczonych przez autora spostrzeżeń dają wyniki jak najmniéj oczekiwane: noworodki, na których uskuteczniono podwiązanie opóźnione, pomimo obfitéj ilości krwi traciły na wadze i miały się nienajlepiéj; dzieci zaś, którym upuszczono tyle krwi, że odpowiedziałaby ona 2400·0 — 3000·0 upustowi człowieka dorosłego, były zdrowszemi i korzystniéj przedstawiały się na wadze; pozory więc już przemawiają raczéj za małym upustem, aniżeli za przysporzeniem krwi przez opóźnione podwiązanie, co zgadza się z pojęciami dawniejszych lekarzy (Levret); lecz czy nie istnieje droga pośrednia między upustem krwi noworodkowi, a wtłoczeniem mu takowéj z pępowiny i łożyska? Tablice podające w liczbach wyniki ważenia noworodków są bardzo pouczające: dzieci, którym upuszczono krwi, lub téż podwiązano pępowinę bezzwłocznie, wykazały 8, 9 lub 10 dnia po porodzie przybytek na wadze średnio 84,0, natomiast w przypadkach podwiązania opóźnionego średnio przybranie na wadze wynosi zaledwo 10·0; te liczby są pouczające. Tablice Poraka prowadzą do wniosków więcéj jeszcze szczegółowych a niemniéj ważnych: noworodek, któremu upuszczono krwi, mniéj przybiera na wadze, aniżeli ten, któremu podwiązano pępowinę bezzwłocznie lub w ciągu pierwszéj minuty po porodzie, najwięcéj przybierają na wadze te dzieci, którym uskuteczniono podwiązanie w ciągu drugiéj minuty po porodzie; należy więc uczynić wniosek *a posteriori*, że w końcu drugiéj minuty po porodzie ilość krwi w ustroju noworodka jest fizyjologiczną, i dla tego podwiązanie wcześniejsze lub późniejsze jest ze szkodą dla zdrowia i rozwoju jego. Porak kończy swe rozumowania następującém twierdzeniem: krew nie ma tego wielkiego odżywczego dla ustroju noworodka znaczenia, będąc sama w okresie przeobrażeń, jakie posiada dla dorosłego i mniejszém jest niebezpieczeństwem mały upust krwi, aniżeli nadmierne jéj przysporzenie ustrojowi noworodka.

Autor badał systematycznie zdrowie noworodków, na których uskuteczniono podwiązanie bądź bezzwłoczne, bądź opóźnione, udowadnia on tablicami, że dzieci, którym podwiązano pępowinę bezzwłocznie, mniéj ulegają żółtaczce, aniżeli te, na których zachowano metodę podwiązania opóźnionego. Wprawdzie, dodaje Porak, znane są przykłady silnéj żółtaczki po podwiązaniu bezzwłoczném i brak takowéj po podwiązaniu opóźnioném, lecz to tylko dowodzi, że czas podwiązania pępowiny jest jednym a nie jedynym powodem żółtaczki noworodków; autor spostrzegał również, że dzieci którym podwiązano pępowinę poczasie łatwiéj ulegają krwotokom, szczególnie wkrótce po porodzie.

Rozdział ten kończy autor następującą uwagą: nie istnieje jeszcze naukowa podstawa do wyboru chwili do podwiązania pępowiny, należałoby przedtém odpowiedzieć na py-

tanie, jaką ilość krwi winien zawierać ustrój noworodka i podług jakiego prawa fizycznego krąży krew w pępowinie w razie stosowania podwiązania opóźnionego; dalej ponieważ podwiązanie opóźnione naraża noworodka na podniesienie parcia ościennego w naczyniach, przeto Porak staje po stronie przeciwników téj metody, dodając, że należy uskuteczniać podwiązanie w chwili ustania tętnienia w tętnicach pępowiny; wreszcie, że nietylko jest rzeczą bezpieczną ale konieczną dokonać upustu krwi noworodkowi, jeśli objawy zamartwicy grożą jego życiu.

O przyczynach powstawania żółtaczki noworodków. Dla wyjaśnienia powstawania żółtaczki noworodków utworzono wiele teoryj, z których trzy następujące są najwięcéj wyznawane: pierwsza z nich tłumaczy rzeczony objaw nawałem krwi do skóry, druga wessaniem żółci, trzecia zboczeniami w składzie krwi.

Teoryja nawału, pomimo powagi Billarda, Andrala, Valleixa itd., upada pod naciskiem argumentów krytyki, przeto możemy ją wykluczyć z pod szczegółowego roztrząsania. Teoryja wessania żółci do krwiobiegu w skutek niedrożności zatkanego smołką przewodu pokarmowego jest pomysłu Baumesa, i opiera się o imię Virchowa, który się ogłosił jéj wyznawcą. Porak wcale nie twierdzi, jakby żółtaczka noworodków, zwłaszcza jéj postać złośliwa, nigdy nie była następstwem zastoin żółciowych: anatomija wykazała czopy śluzowe w przewodzie żółciowym, jego zwężenia wrodzone i niedrożność, zapalenie wątroby i żyły pępowinowéj itd.; lecz liczba noworodków, ulegających żółtaczce, wywołanéj przez powyższe przyczyny, jest zbyt małą w stosunku do ogólnéj cyfry dzieci, ulegających żółtaczce, i Porak spostrzegał na 250 przypadków żółtaczki noworodków tylko trzy razy zmiany anatomiczne, które wywołały wessanie żółci; mówiąc dalej o żółtaczce, niepochodzącéj z wessania żółci, stwierdza, że w moczu tych noworodków nie znaleziono barwików żółciowych; następnie wbrew zdaniu Leydena, podług którego żółtaczka objawia się w 48 godzin po przeszkodzie w obiegu żółci, zabarwienie żółte noworodków spostrzega się najczęściéj już w pierwszym dniu życia, autor wnosi, że tłumaczenie żółtaczki noworodków wessaniem żółci da się zastosować tylko do niewielkiéj liczby przypadków.

Czy więc żółtaczka noworodków nie polega na zmianach we krwi powstających? Już dawniéj opisano przypadki żółtaczki noworodków, któréj powstanie odniesiono do zaburzeń fizyczno-chemicznych we krwi powstałych; zaburzenia te polegały na takich przeobrażeniach składowych części krwi, których następstwem było wytworzenie się barwika żółciowego, badaniem moczu stwierdzonego; istnieją jednak takie zaburzenia, w których przeobrażenie chorobowe składników krwi nie dosięgają stopnia, przy którym wytwarza się barwik żółciowy, lecz zatrzymuje się na postaci przechodowéj, odznaczającéj się cechującym odczynem w moczu, a którą to postać Gubler nazwał hemafeizmem; Porak w dalszym ciągu rozprawy mówi wyłącznie o zmianach, prowadzących do wytworzenia hemafeiny we krwi, jako będącéj podług niego jedyną przyczyną żółtaczki noworodków, a na poparcie przytacza dowody, czerpane tak w dziedzinie anatomii, jak przy łożu chorego. Dla wyłuszczenia dowodów anatomicznych autor cofa się prac Virchowa z r. 1847 o zatorze moczowym noworodków; zator ten, podług klasycznego opisu Virchowa, ma wejrzenie czerwonych bróździek, odpowiadających cewkom moczowym nerek; drobnowid wykrywa barwne nacieczenie komórek przybłonkowych hematoidynem, który łatwo uważać za barwik żółciowy, lecz zebrawszy z moczu przybłonki zabarwione i poddawszy je działaniu potażu, który rozpuszcza osłonki komórek, a nakoniec poddając uwolniony barwik działaniu kwasu azotowego otrzymujemy następujące odczynowe zabarwienie: czerwono-brunatne, szkarłatne, ciemnofiołkowe i żółte lub też brunatnofiołkowe, niebieskie, jasno-brunatne; oddziaływanie powyższe jest odmienném od oddziaływania barwików żółciowych na kwas azotowy. W r. 1859 Gobler wykazał analogiję i różnicę odczynu barwików żółciowych i hematoidynu; po dodaniu kw. azotowego w szeregu zabarwień, które ten odczynnik wywołuje w moczu zawierającym barwiki żółciowe, przeważa barwa zielona; jeśli zaś ma się w płynie badanym hematoidyn, góruje barwa fijołkowa.

Pierwszy Virchow zwrócił uwagę na liczne kryształki igiełkowate w zwłokach noworodków i odniósł je do przeobrażeń wstecznych krwi ogniskowo wynaczynionéj; Buhl (i inni) znalazł te kryształki w rozmaitych tkaninach zwłok noworodków i nazwał je nie hematoidynem lecz bilirubinem. Neumann rozjaśnia dalej tę sprawę; znajdował on te kryształki w naczyniach i tkaninach noworodków, które cierpiały na żółtaczkę, lecz jeśli śmierć nastąpiła po 6 dniu życia, kryształki te nie dały się wykryć; natomiast spostrzegał Neumann barwne skupienia żółci; autor ten słusznie nie uważa tych kryształków za sprawę pośmiertną, gdyż nie brakowałoby ich na zwłokach dzieci, które nie cierpiały na żółtaczkę noworodków, i dlaczegożby ich niebyło w zwłokach dzieci, które pomarły po 6 dniu życia? Klebs i Orth podają swe spostrzeżenia niemniéj ważne: Orth spostrzegał zatory moczowe w nerkach 37 noworodków, a w téj liczbie tylko u 26 znalazł kryształki igiełkowate w naczyniach, przeto najczęściéj i najobficiéj kryształki te skupiają się w nerkach.

Wszyscy powyżéj wymienieni badacze, pomimo pouczających wyników ich poszukiwań, i pomimo, że te wyniki zostawiły w ich umysłach wiele wątpliwości, idąc po ścieżce udeptanéj przez dawniejsze powagi, odnieśli żółtaczkę noworodków do zaburzeń w wątrobie i żółci, chociaż tych zaburzeń wykazać nie mogli, chociaż, jak naprzekór, w wątrobie tych kryształków zwykle najmniéj się znachodzi. Wprawdzie różnica odczynu barwika żółciowego i hematoidynu nie jest jeszcze uoczywistnioną bezwzględnie, lecz wszystko każe mniemać, że kryształki te pochodzą z barwika krwi; w płodzie zmacerowanym, którego krew, jakto zwykle bywa, ulega wstecznemu przeobrażeniu, kryształki igiełkowate wypełniają wszystkie tkaniny. (Dok. nast.)

Perkowski (Warszawa): **Nagłe i zupełne zaniewidzenie chorego, zaszłe w miesiąc po dokonaném odjęciu uda.**

A. S. lat 30, żołnierz z 33go Eleckiego pułku, otrzymał ranę kulą karabinową pod Eleną w listopadzie 1877. Pocisk dostał się w dolną trzecią część uda prawego, od tyłu i zewnątrz ku przodowi i wewnątrz tak, iż staw kolanowy musiał być pierwotnie otwartym, gdyż wylot pocisku a raczéj blizna po nim znajduje się na 3 palce ku wewnątrz od wewnętrznego brzegu rzepki. Dnia 8 czerwca 1878 przewieziono go z Odessy do szpitala Ujazdowskiego w Warszawie, a dopiero dnia 24 sierpnia na oddział Dra P., który przy sondowaniu rany 4 cale dłuższéj a powyżéj przyczepu m. dwugłowego położonéj, stwierdził obecność próchnienia kości już przez poprzednich lekarzy rozpoznanego. Odnoga jest w kolanie zgięta pod prostym kątem. Staw kolanowy nie był za-

jęty, lecz bardzo zagrożony w skutek rozszerzającego się zapalenia w kości; a gdy po zmniejszaniu się smrodliwego ropienia gorączka nie opadła, pomimo rozległych nacięć bocznych, przypuszczano zajęcie stawu i wykonano amputacyję w dolnéj połowie uda, przyczém krwotok był nieznaczny, z powodu użycia oparki Esmarcha a opatrunek ściśle antyseptyczny.

Gojenie odbywało się jak najlepiéj, gdy nagle w miesiąc po operacyi począł się S. uskarżać na silny ból głowy w skroniach i po nad rzęsami, powieki wydawały się jakby ołowiane; źrenice były rozszerzone, zéz zewnętrzny; nazajutrz spostrzegł chory z przerażeniem że z u p e ł n i e n i c n i e w i d z i, osobliwie lewém okiem, gdyż w prawém pozostało przynajmniéj bardzo słabe poczucie światła. O godzinie 11 wymioty, w pół godziny później napad wrzekomo-padaczkowy i bezprzytomność. Mocz cewnikiem odciągnięty był barwy wodojasnéj i zawierał znaczną ilość moczanów i ślad białka. Napady padaczkowate powtarzały się co pół godziny, wszystkich było pięć, a w chwilach wolnych od tychże nie zauważono śpiączki lecz przeciwnie niespokojność. Ciepłota wieczorna 39.1, tętno silne 84. Noc nader niespokojna, lecz bez napadów, które rano znów się pojawiły, chociaż nie w takim stopniu. Badanie wziernikiem okazało się niemożebném z powodu niepokoju chorego, tyle tylko stwierdzono, że w lewém oku było znaczne przekrwienie, w prawém zaś nic. W 48 godzin po zaniewidzeniu spostrzeżono znaczny przesiąk krwawy na opatrunku udowym, poczém wkrótce chory przewidział i oprzytomniał, lecz przypominał sobie tylko rzeczy przed odjęciem uda zaszłe, wszystkich innych po tym fakcie nie pamiętał. Powtórzono badanie wziernikiem, które wykazało: w lewém oku napływ krwi do siatkówki i wysterczanie tarczy nerwu wzrokowego; szerokość pola widzenia i dokładność są bardziéj ograniczone po stronie lewéj. W kilka dni powtórzył się jeszcze krwotok z rany amputacyjnéj, lecz i tym razem zatamowany został przez ucisk opaską Esmarcha; nadto wytworzyło się zapalenie do około żyły udowéj, co wszystko razem sprowadziło tak znaczne osłabienie chorego, że tenże ostatecznie zmarł i to mniéj więcéj w dwa tygodnie po zaniewidzeniu a w sześć po amputacyi.

Z protokółu sekcyjnego wyszczególnić wypada: 1) że w kikucie znachodziły się zatoki ropne wypełnione ropą otaczającą naczynia, że tętnica nie była nigdzie nadwerężoną i że w żyle znaleziono płyn ropno-krwisty a ściany zgrubiałe, kruche, miejscami jakby owrzodziałe. 2) W mózgu niedokrewność i obrzęk, w komórkach dużo płynu surowiczego; n a c z y n i a p o d s t a w y m ó z g u n i e z a w i e r a ł y a n i ś l a d u z a t o r ó w. 3) W sercu nieznaczne zgrubienia zastawek i skrócenie włókien ścięgnistych. 4) W lewéj nerce zapalenie miąższowe. Przypady powyżéj opisane a mianowicie silne bóle głowy (podrażnienie pary piątéj) zéz ku zewnątrz (porażenie pary trzeciéj), zaniewidzenie i drgawki wyprowadza P. od ostrego obrzęku mózgowego *(hydrocephalus acutus)*, podobnie jak przypady te tłumaczą Traube i Leyden w przebiegu mocznicy. Że zaniewidzenia tego nie należało zaliczyć do owych form niedoślepu, które powstają w przebiegu ostréj niedokrewności, świadczy ten fakt, że właśnie ustąpiło ono równocześnie z pojawieniem się krwotoku z rany amputacyjnéj. *(Gazeta Lekarska* 1879. Nry 19, 20 i 22). *A. O.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne XI. z dnia 21go maja 1879 roku.

Przewodniczący kol. Ś c i b o r o w s k i. Obecnych członków czynnych 14.

1) Kol. P r z e w o d n i c z ą c y składa do biblijoteki rozprawę nadesłaną przez kol. prof. Korczyńskiego: „O skutkach fizyjologicznych i leczniczych wlewania do jelit większych ilości płynów“ przez Dra Emanuela Rosenblatta.

2) Kol. K o h n przedstawia chorą z wypadnięciem całkowitém macicy i pochwy *(prolapsus uteri et vaginae totalis)*, u któréj zamierza wykonać operacyję *(colpoperineoraphia)* obmyślaną i zalecaną przez Bischoffa; rękoczyn ten dotąd nie był jeszcze wykonywanym w Krakowie. Po dokonaniu operacyi kol. Kohn obiecuje przedstawić chorą Towarzystwu i podać dokładny opis operacyi z wykazaniem jéj wyższości nad sposobami operowania dotychczas używanemi. Na zapytanie kol. O b a l i ń s k i e g o objaśnia kol. Kohn niektóre szczegóły dotyczące operacyi sposobem Bischoffa.

3) Kol. S m o l e ń s k i odczytuje opis trzech przypadków następstw przewlekłego zapalenia otrzewny spostrzeganych w klinice prof. Dra Korczyńskiego. (Będzie umieszczony w Przegl. Lek.) W dyskusyi kol. prof. O e t t i n g e r zapytuje o szczegół uboczny, dotyczący pierwszego przypadku opisanego przez prelegenta: czy mianowicie w mózgu nie znaleziono zmian przy sekcyi tłumaczących porażenie, jakie w tym przypadku wystąpiło. Kol. S m o l e ń s k i odpowiada, że w mózgu znaleziono tylko niedokrewność i surowicze przesiąknięcie. Kol. prof. K o r c z y ń s k i namienia, że w ostatnich czasach opisują przypadki, gdzie powodem porażenia połowiczego była jedynie niedokrewność mózgu. Kol. prof. O e t t i n g e r zwraca uwagę, że używanie wyrazu przełyk na oznaczenie *oesophagus* jest niewłaściwe, ponieważ dawni autorowie nazywają wszędzie *oesophagus* gardzielem i wyraz ten już został u nas do terminologii lekarskiéj przyjętym. Kol. prof. K o r c z y ń s k i w obszerniejszym wywodzie zastanawia się nad przypadkami opisanemi przez kol. Smoleńskiego, z których każdy odznacza się pewną niezwykłością. I tak w pierwszym przypadku zasługuje na uwagę pierwotna zakrzepica żyły zwrotnéj, co jest rzadkością. W drugim przypadku istnienie guza, o którym trudno było rozstrzygnąć, czy należy do żołądka lub do trzustki. L e u b e przyznaje, że w podobnych przypadkach niejednokrotnie popełnił błąd, gdyż do rozstrzygnięcia pytania, czy guz taki pochodzi z żołądka lub z trzustki, nie zawsze posłużyć może ta okoliczność, że w pierwszym razie guz się porusza wraz z żołądkiem przy ruchach oddechowych, w drugim zaś pozostaje nieruchomym. Trzeci przypadek cały jest zagadkowym. Nawet przy sekcyi nie można było rozstrzygnąć stanowczo, czy blizny znalezione w żołądku pochodziły z wrzodu lub też z otrucia jakimś płynem żrącym. Mimo znacznego zwężenia wpustu żołądkowego chora objawów niedrożności gardziela zupełnie nie okazywała ale tylko coraz mniéj przyjmowała pokarmów. Dla ostrego ropnego zapalenia otrzewny nie można było znaleść dostatecznéj przyczyny; możnaby je uważać jako nagłe zaostrzenie się sprawy chronicznéj, która około żołądka i trzustki oddawna już istniała. W końcu zwraca prof. K o r c z y ń s k i uwagę na to, że we wszystkich trzech przypadkach rozpoznanie kliniczne nie sprawdziło się przy sekcyi. Opisy takich właśnie przypadków są bardzo pouczające i przyczynić się najwięcéj mogą do unikania na przyszłość błędów rozpoznawczych. Kol. K o h n korzystając ze sposobności opisuje przypadek, który widział w Wiedniu, gdzie rozpoznano *cystis ovarii sinistris unilateralis* i przystąpiono do wykonania wycięcia jajnika; po rozpoczęciu rękoczynu okazało się, że chora cierpiała na zapalenie gruźlicze otrzewny otorbione. Uniknąć błędu rozpoznawczego w tym przypadku nie było można, bo wszystkie objawy przemawiały za guzem jajnika a domysł ten i nakłócie próbne potwierdziło. W płucach nie można było wykryć ani śladu gruźlicy. Przypadki tego rodzaju są nadzwyczaj rzadkie, dotychczas opisano w literaturze tylko trzy podobne.

4) Na wniosek kol. prof. Korczyńskiego postanowiono przesłać Radzie miejskiéj krakowskiéj rezolucyję téj treści, że Towarzystwo lekarskie krakowskie uznaje zaprowadzenie wodociągów a następnie i należytéj kanalizacyi w mieście za niezbędne dla poprawienia bardzo niekorzystnych warunków zdrowotnych, w jakich się Kraków dotychczas znajduje.

6) Przyjęto jednomyślnie na członków czynnych Towarzystwa Drów Szpilmana Józefa i Śliwińskiego Michała.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Skórkowski.*

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie VII. z dnia 30go kwietnia 1879 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 20.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia Przewodniczący zawiadomił, że Towarzystwo balneologiczne w Odessie w uprzejmém piśmie oświadczyło gotowość wejścia w bliższe stosunki naukowe z Komisyją balneologiczną i nadesłało swój statut, który Przewodniczący w tłumaczeniu polskiém przedkłada.

2) Dr. Sciborowski po przejrzeniu rachunków i znalezieniu takowych w zupełnéj zgodności z kwitami wnosi, ażeby Zarządowi Komisyi udzielić absolutoryjum z kwoty 31 złr. 91 kr., jako reszty pozostałéj po wystawie zdrojowéj, a zgodnie z uchwałą Komisyi na wydatki adminstracyjne Komisyi użytéj. Wniosek przyjęto.

3) Przewodniczący zdaje sprawę z kosztów wydania i rozsyłki sprawozdań z posiedzeń Komisyi baln. w roku 1878, poczém uchwalono upraszać Towarzystwo lekarskie krakowskie o poniesienie reszty kosztów wydawnictwa, do pokrycia których Komisyja baln. nie ma żadnych funduszów.

4) Tenże donosi, że Dr. Lutostański wystąpiwszy z Towarzystwa lekarskiego przestał być członkiem zwyczajnym i sekretarzem Komisyi baln. i wzywa do wyboru nowego sekretarza. Takowym wybrany został jednogłośnie Dr. Stanisław Smoleński. Na wniosek Dra Warschauera Komisyja uznając skuteczne i tylokrotnie stwierdzone prace Dra Lutostańskiego na polu balneologii i jego nieznużoną działalność w ciągu przeszło dwuletniego pełnienia obowiązków sekretarza Komisyi balneologicznéj, uchwaliła jednogłośnie zaprosić Dra Lutostańskiego jako członka nadzwyczajnego Komisyi. Wybór ten stósownie do regulaminu przedstawiony zostanie Towarzystwu lek. do zatwierdzenia.

5) Na wniosek Przewodniczącego uchwalono wystósować odezwę do zakładów zdrojowo-kąpielowych w Jaworzu i Ustroniu na Szląsku austryjackim, w Bardyjowie na Węgrzech, Goczałkowicach i Jastrzębiu na Szląsku pruskim, by starały się przez prenumerowanie kilku pism politycznych i beletrystycznych polskich, zaopatrzenie czytelni w dobór książek polskich, ustanowienie lekarzy władających językiem polskim, jak niemniéj służby mówiącéj po polsku itp. czynić zadość wymaganiom słusznym polaków, przyjeżdżających licznie do tych zdrojowisk. W odezwie téj uchwalono zwrócić uwagę Zarządów, że niewypełnienie tych życzeń mogłoby zniechęcić chorych do udawania się, a lekarzy do posyłania chorych do tychże zdrojowisk.

6) Prof. Dr. Olszewski podał skład chemiczny dziesięciu zdrojów w Krynicy, dotychczas nie badanych. Zdroje te, które prelegent nazwał od ich właścicieli lub od miejscowości, w któréj wypływają, są następujące: Sałakówka, Janówka, Zdrój Dudzika, Zdrój Oleśniewicza, Zdroj Pelawy, Zdrój Aptekarza, Zdrój Huśniaka, Zdrój w czerwonym Potoku, Zdrój przed Cerkwią i Zdrój za Cerkwią. Największą ilość składników stałych ze wszystkich zdrojów posiada Zdrój Dudzika (1·455 p. m.). Zdrój ten jest także najobfitszy pod względem ilości wody, posiada téż największą ilość kwasu węglowego wolnego (1·908 p. m.) i dosyć niską ciepłotę (9° C.), Najmniéj składników stałych posiada Zdrój przed cerkwią (0·547 p. m.). Największą ilość węglanu żelazawego posiadają Zdrój Pelawy i Janówka (0·034 p. m.), najmniejszą zaś Zdrój Huśniaka (0·008 p. m.). Kwas węglowy wolny oznaczony został tylko w pięciu zdrojach; największéj znaleziono takowego, jak już wspomniano, w Zdroju Dudzika a najmniéj w Zdroju Aptekarza (0·739 p. m.). Ze wszystkich zdrojów najwięcéj na uwagę zasługuje Zdrój Dudzika z powodu znacznéj obfitości wody, kwasu węglowego wolnego, składników stałych, niskiéj ciepłoty. W Zdroju Aptekarza znalazł prelegent tylko bardzo mały ślad litu. Okoliczność ta zasługuje na uwagę z tego względu, że chemik wiedeński Dr. Ryszard Godeffroy rozbierając w roku 1873 wodę z tego źródła znalazł w niéj nieprawdopodobnie wielką ilość węglanu litowego (0·031 p. m.).

7) Dr. Skórczewski odczytał uwagi nad stacyjami klimatycznemi w Meranie i Gries.

8) Przewodniczący zdał sprawę z rozprawy Dra H. Petersa „o wpływie najważniejszych czynników klimatycznych na przewlekłe choroby narządu oddechowego i na przewlekłe gośćce mięśniowe i stawowe,“ zamieszczonéj w Nrze 2 i 3 t. r. czasopisma „*Berliner klinische Wochenschrift,*“ i okazał 12 tablic fotografowanych, które odnoszą się do téjże rozprawy. Dotychczasowe wiadomości klimatologiczne są bardzo niepewne, a częstokroć nawet sprzeczne, zkąd pochodzi, że rozmaitym rodzajom klimatu przypisują korzystny wpływ na przebieg jednych i tych samych postaci chorobowych. Chcąc nadać klimatologii ściślejszą podstawę naukową trzeba znać przedewszystkiém wpływ poszczególnych czynników klimatologicznych na przebieg chorób. Wpływ ten na jednostkę dotkniętą pewną chorobą może być tylko przypadkowy, lub zmiana w stanie chorego pochodzić może od innych ubocznych warunków, nie mających żadnéj styczności z wpływami atmosferycznemi; trzeba więc poddać obserwacyi większą naraz liczbę chorych. Temi zapatrywaniami wiedziony badał Peters w zdrojowisku Ottenstein w Saksonii wpływ zmian atmosferycznych na 56 chorych z cierpieniami narządu oddechowego (przeważnie suchotemi płucnemi) i na 50 chorych ze zmianami idyjopatycznemi stawów i mięśni, a mianowicie notował skrzętnie dni, w których u poszczególnych chorych nastawało pogorszenie choroby. Jako pogorszenie uważał u chorych z cierpieniem stawów i mięśni powiększenie się bólów, zaś u chorych piersiowych pojawienie się kłucia w klatce piersiowéj, krwioplucia, uczucia ciężkości na piersi i powiększenie się kaszlu, nie zwracając uwagi na wystąpienie stanu gorączkowego lub przypadów żołądkowych, o których twierdzi, że nie mogą stać w związku ze zmianami atmosferycznemi. Wyraziwszy w odsetkach stopień pogarszania się tych chorób w pewnych dniach odnośnie do ogólnéj liczby chorych, otrzymał dwie linije krzywe, które oznaczają z dnia na dzień zachowanie się i częstość odsetkową pogorszeń w zakresie chorób narządu oddechowego i ruchowego. Z wartościami temi porównywa Peters wyniki spostrzeżeń meteorologicznych. Takowe odnoszą się do ciepłoty, wilgotności względnéj, ciśnienia powietrza, kierunku wiatru i ilości ozonu. Przy ciepłocie, wilgotności, ciśnieniu i ozonie oznaczał 1) średnią dzienną, 2) średnią z 5 dni, 3) wahanie dzienne, tj. średnią z dziennego maximum i minimum, 4) średnią z wahań 5 dni, 5) dzienne maximum, 6) dzienne minimum, 7) średnią z maximum 5 dni, 8) średnią z minimum 5 dni, i dla każdego czynnika atmosferycznego w ten sposób rozłożonego wykreślał liniję krzywą. Porównanie tych linij krzywych z linijami krzywemi pogorszeń doprowadza autora do całego szeregu spostrzeżeń, które dają się streścić w następujących dwóch końcowych wnioskach: *a)* W przewlekłych chorobach narządu oddechowego pogorszenia schodziły się ze znaczną ilością ozonu, z niższą ciepłotą atmosfery i z opadaniem średniéj ciepłoty dziennéj, ze znaczniejszą wilgotnością powietrza i przeważającemi wiatrami północnemi i zachodniemi, a polepszania z niskim stopniem ozonu, niskim stopniem wilgotności powietrza, szybkiém opadaniem średniéj względnéj wilgotności powietrza i przeważającym kierunkiem południowym wiatrów. *b)* W przewlekłych gośćcach stan chorych się pogarszał wśród znacznego opadania ciepłoty z jednego dnia na następne, wysokiego stopnia wilgotności powietrza, przeważających wiatrów zachodnich i wśród znaczniejszéj ilości ozonu w powietrzu; stan chorych nie pogarszał się w dniach z wysoką ciepłotą dzienną, z niskim stopniem wilgotności i z małą ilością ozonu. Lubo wyniki tych spostrzeżeń nie stanowią jeszcze niezachwianych pewników, prelegent uważał za stósowne przedstawić Komisyi streszczenie pracy Pe-

tersa, najpierw dlatego, że sposób badania uważa jako zasługujący na uznanie i lepszy od wszelkich poprzednich sposobów, a powtóre ponieważ sądzi, że pracami tego rodzaju powinni się zająć nasi lekarze zdrojowi, właśnie z powodu, że takowe nie wymagają wiele zachodu i dają się wykonać w ich praktyce zdrojowéj bez szpitalów zdrojowych. Ponieważ wyśledzenie wpływu czynników klimatycznych na przebieg chorób przewlekłych może przyczynić się do ustalenia wskazań dla poszczególnych naszych zakładów zdrojowych i oznaczenia najstósowniejszéj pory posyłania tamże rozmaitych chorych, przeto wnosi: „Komisyja balneologiczna uznaje za potrzebne i dla zakładów zdrojowych pożyteczne, by w zdrojowiskach, posiadających stacyje meteorologiczne, lekarze zdrojowi zajęli się badaniem wpływu czynników klimatycznych na przebieg chorób przewlekłych.“

Po dłuższéj dyskusyi, w któréj prócz prelegenta brali udział prof. Dr. Olszewski, Dr. Warschauer i Dr. Skórczewski, Komisyja balneologiczna przychyla się jednogłośnie do powyższego wniosku Przewodniczącego.

Na tém posiedzenie zamknięto. Sekr. *Dr. Smoleński.*

V. Listy z prowincyi.

I.

Jeżeli nastąpi kiedyś organizacyja sanitarna, spodziewamy się, że dzisiejsze tak niekorzystne stosunki sanitarne kraju naszego stanowczo zmienią się na lepsze. Zapewne jednak dużo czasu jeszcze upłynie, zanim reforma ta, od tylu warunków zależna, przyjdzie do skutku, a nie przesądzajmy z góry, o ile i czy w ogóle usprawiedliwi nadzieje w niéj pokładane. Nie spuszczając się jednak na nią, a rozpatrzywszy się tylko w naszych obecnych stosunkach sanitarnych, z łatwością przekonać się można, że już dziś przy zastósowaniu energicznych środków, a co najważniejsze że bez kosztów, możnaby usunąć bardzo wiele z tego złego, które przyszła reforma ma leczyć.

Jakkolwiek bowiem przyczyny tak znacznéj śmiertelności i degeneracyi ludności w Galicyi szukać należy przeważnie w ogólném zubożeniu ludu głównie przez lichwę, w braku oświaty, w demoralizacyi przez pijaństwo, a w razie choroby w braku należytéj pomocy lekarskiéj, czyli raczéj w nieucieknaniu się do niéj: to jednakże tam, gdzie jaka pomoc w chorobie jest poszukiwaną, bardzo wiele położyć trzeba na karb najniestósowniejszego a często wprost zgubnego leczenia. Historyja to codzienna, że lekarz prowincyjonalny, a zatém stykający się z ludem, przyczyniającym się przecież głównie do naszéj niekorzystnéj cyfry statystyki sanitarnéj, wezwany do wieśniaka uważać to musi za wyjątek, jeżeli u tegoż nie znajdzie świeżych śladów puszczenia krwi, lub przynajmniéj nie kilku ale kilkudziesięciu pijawek. Jak taka terapija wpływa na stan zdrowia, w obec faktu, że lud nasz bez żadnego powodu często i kilka razy rocznie krwią szafuje, nie trudno sobie wyobrazić; czegoż jednak spodziewać się, gdy się ją widzi zastósowaną np. w durze, błonicy, charłactwie jakiémś itd. Inicyjatorami i wykonawcami tego morderczego sposobu leczenia są cyrulicy, a rzemiosło to jest tak intratne, że zastęp tych ludzi krwi pożądliwych z każdym dniem się zwiększa; każde miasteczko, w którém lekarz nawet skromnie utrzymać się nie jest w stanie, ma po kilku cyrulików praktykujących albo w miejscu, albo robiących wycieczki po wsiach, a ciągnących z tego nie małe zyski. Każdy z takich cyrulików, uzyskawszy u rabina wyłączny przywilej na pewne terytoryjum, praktykuje w nim bez konkurencyi. W miasteczkach naszych z ludnością może nieco ogładzoną, ale od ludu nie wiele światlejszą, stosunki sanitarne wcale się lepiéj nie przedstawiają. I tu cyrulik, mając sobie powierzoną pieczę nad brodą ojca rodziny, w chorobie jest często wyłącznym terapeutą, a przynajmniéj w początkach cierpienia. Krwawa terapija jest przeto na porządku dziennym i przy najmniejszéj sposobności, jeżeli kogo głowa zaboli, cyrulik stawia pijawki dla przerwania grożącego według niego zapalenia mózgu; w ten sam sposób zapobiega innym zapaleniom, błonicy itd. Posiada własną aptekę złożoną z maści w różnych kolorach, z proszków swéj kompozycyi, w których cegła tarta ważną odgrywa rolę, rozporządza jednak i dzielnemi środkami, których wszędzie z łatwością nabyć może. Lapisuje migdałki, wykonywa operacyje, opatruje u siebie chorych, ale wyjeżdża i na wieś, gdzie nawet perkutuje i auskultuje, w ogóle występuje w roli lekarza z tą tylko chyba różnicą, że nie figuruje w wykazach, któreby w takim razie najlepiéj okazały, że na brak „lekarzy“ wcale się skarżyć nie powinniśmy. Zarzuci może ktoś, że jest obowiązkiem lekarza kłaść tamę tego rodzaju szalbierczym praktykom, dla chorych wprost zgubnym, lub przynajmniéj odwodzącym ich od szukania rzeczywistéj pomocy; dziś jednak gdy złe jest powszechném, przez ciemnotę popieraném i dotąd nie tamowaném, wszelkie odosobnione starania lekarza na nic się nie przydadzą. Przeciwnie zdarza się niejednokrotnie, że lekarz, wbrew zasadom nauki i swego przekonania, widzi się zmuszonym zgodzić na zarządzoną już lub choremu poleconą krwawą terapiję cyrulika, nie chcąc narazić się na zarzuty w razie niepomyślnego przebiegu choroby, przez familiję nieszczędzane a przez zawiedzionego w zarobku cyrulika powiększane. Udanie się na drogę sądową przy braku ściśle określonéj ustawy nie prowadzi zwykle do żadnego rezultatu, co najwięcéj cyrulik skazanym zostaje na kilka dni aresztu, aby po odsiedzeniu kary oddawać się daléj swemu rzemiosłu i zemścić się na skarżącym. Używa tedy wszelkich sposobów, aby od tego lekarza odstręczyć pacyjentów, za pomocą swych pomocników nie dopuszcza ich do niego, a w razie jeżeli chory lub jego otoczenie koniecznie żąda lekarza, poleci kogo innego. Zachodzi przeto konieczna potrzeba wydania surowéj specyjalnéj ustawy i to nie na wzór dotychczasowych, w wykonanie nigdy nie wchodzących, ale popartéj energicznie w przeprowadzeniu, bo tylko w ten sposób kładąc tamę szalbierstwu pod niewinną firmą balwierstwa wybujałemu, zrobi się ważny krok naprzód w sprawie polepszenia naszych stosunków sanitarnych.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Choroby nagminne w Galicyi w ciągu maja 1879.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem kwietnia	przybyło	z tych: wyzdrowiało	umarło	pozostało w leczeniu: chorych	w gminach
Ospa	20	34494	26	221	170	41	36	9
Odra	99	106359	958	4416	3828	280	1266	52
Płonica	7	7197	30	45	50	12	13	1
Błonica	18	24655	13	272	95	155	35	7
Dur brzusz.	38	41534	148	520	421	65	182	23
Dur osutkow.	41	49911	253	439	498	50	144	18
Krztusiec	20	19446	120	943	451	78	534	13
Mening. cerebro spinalis	1	7000	—	12	5	2	5	1

Ospa panowała głównie w powiecie gorlickim i bocheńskim (po 6 gmin), wygasła w gorlickim z końcem miesiąca, gdy w bocheńskim jeszcze 30 chorych pozostało. W Nowym Sączu

trwa dotąd i umarło w maju 4 osoby. W powiecie wielickim, krakowskim i brzeskim zdarzają się pojedyncze przypadki.

Odra panowała w 99ciu gminach a 30 powiatach, głównie w brzozowskim (12 gmin), w rohatyńskim (11 gmin), rzeszowskim (8 gmin), i żydaczowskim (7 gmin). W ogóle w ciągu maja przybyło chorych na odrę więcéj o 300 niż w ciągu kwietnia, lecz śmiertelność była mniejszą.

Płonica panowała w 7miu powiatach, w każdym w jednéj gminie, pozóstała tylko w jednéj gminie.

Błonica umniejszała się w kwietniu znacznie, w ciągu zaś maja wystąpiła świeżo w 14tu gminach z znaczną śmiertelnością (54%, gdy w kwietniu tylko 35%), głównie w powiecie stryjskim, zaleszczyckim, kołomyjskim i kałuskim, zatém jak dotąd w tych samych powiatach.

Dur brzuszny w grodeckim i przemyskim głównie (po 5 gmin); śmiertelność prawie 10%.

Dur osutkowy w maju wystąpił w mniejszych rozmiarach jak w kwietniu, mniéj osób zachorowało i śmiertelność była nieco mniejszą (7·7% w kwietniu, 7·3% w maju). Głównie w skałackim, bialskim, dolińskim i stryjskim.

Krztusiec głównie w żydaczowskim, tłumackim i rudeckim, w rozmiarach równych jak w kwietniu, lecz z większą nieco śmiertelnością.

W Chrzanowie pojawiła się epidemija *mening. cerebrospinalis*). *Dr. Merunowicz.*

(M) Wyciąg z protokółu posiedzenia c. k. krajowéj Rady zdrowia z dnia 16 maja 1879.

Uchwalono oświadczyć się przeciw nadaniu koncesyi lekarzowi B. z Stanisławowa na otwarcie zakładu hydropatycznego w łazienkach rzymskich tamże.

Dr. Czyżewicz odczytał obszerne spruwozdanie o stosunkach sanitarnych w Galicyi za rok 1877, poczém uchwalono prócz nieuwzględnionych z lat poprzednich wniosków: o potrzebie zaprowadzenia lekarzy gminnych, o potrzebie wskrzeszenia domu podrzutków, utworzeniu wydziału lekarskiego we Lwowie i szkoły weterynaryi w kraju obok zwiększenia liczby stałych weterynarzy rządowych, daléj potrzeby tworzenia płatnych posad akuszerek gminnych, pomnożenia zakładów obłąkanych lub powiększenia istniejących, utworzenia krajowego zakładu głuchoniemych i zakładów położnic, wreszcie o potrzebie zmniejszenia ilości świąt i odpustów i wprowadzenie (w myśl ustawy z r. 1870) w życie peryjodycznych objazdów lekarzy powiatowych w własnym powiecie, nadto uchwalono jeszcze następujące nowe wnioski: należy ze względu na niestosunkowo małą ilość obserwowanych chorób nagminnych w obec ilości przypadków śmierci na też choroby w kraju wykazane wezwać c. k. starostwa do dokładniejszego przestrzegania ustaw sanitarnych o chorobach nagminnych; toż samo należy wezwać c. k. sądy do dokładniejszego badania wielu niewyjaśnionych przyczyn przypadków śmierci gwałtownéj, a więc pod względem karno-sądowym zawsze podejrzanych, przy których tylko sekcyja sądowa sprawdzić może, czy zaszedł czyn zbrodniczy lub téż przypadek; w końcu należy zwrócić uwagę wys. c. k. Ministerstwa rolnictwa na wykazane usterki w administracyi zakładu zdrojowego w Krynicy, oraz na wnioski c. k. Rady zdrowia przedłożone temu wys. c. k. Ministerstwu na jego własne żądanie w memoryjale jeszcze w styczniu r. 1875 podanym.

* Na posiedzeniu rady m. Krakowa z d. 5 bm. radzca m. prof. Korczyński przedstawił wniosek Komisyi sanitarnéj miejskiéj treści następującéj:

Ustęp 3ci uchwały rady miasta z dnia 23go grudnia 1875 r, stanowiącéj o składzie i zakresie działania Komisyi sanitarnéj, który brzmi: „Komisyja sanitarna składa się“ *a)* z radców miejskich lekarzy do sekcyi Vtéj należących, *b)* z delegata wybieranego corocznie przez Towarzystwo lekarskie krakowskie, *c)* z pięciu członków z po za rady miejskiéj z pośród osób poświęcających się specyjalnie pewnym gałęziom higijeny, na przedstawienie sekcyi Vtéj co rok przez radę miasta wybieranych, a w szczególności z jednego chemika, dwóch higijenistów, jednego lekarza szpitalnego i jednego weterynarza jako członków zwyczajnych.“

zmienia się i ma brzmieć:

„Komisyja sanitarna składa się: *a)* z czterech Radców miejskich należacych do sekcyi Vtéj i przez takową do tego wydelegowanych, *b)* (pozostaje bez zmiany), *c)* z pięciu członków poświęcających się pewnym zawodom mającym związek z policyją zdrowia na przedstawienie sekcyi Vtéj na 3 lata przez Radę miasta wybieranych.“

Wniosek ten Rada miasta przyjęła bez rozpraw.

* **Wiedeń.** W miejsce proff. Rokitańskiego i Schroffa członkami najwyższéj Rady zdrowia mają być mianowani proff. Langer i Vogel.

Statystyka epidemij. Ospa wzmogła się w Londynie, umarło 17 (poprzedniego tygodnia 7); w szpitalach leczy się 223; świeżo zachorowało 49. Mniéj umarło we Wiedniu 7, w Paryżu 20, w Petersburgu 29; więcéj w Budapeszcie 14. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Odessie po 1, w Petersburgu 5, w Tryjeście wydarzył się 1 przypadek śmierci z choleryny.

Ospa złagodniała w Londynie, umarło 8 (poprzedn. tyg. 17). W szpitalach leczy się 214, świeżo zapadło 44. I w Budapeszcie ospa złagodniała; umarło 6 (poprzedn. tyg. 14); w Wiedniu nie zmieniła się (umarło 7). W Paryżu umarło nieco więcéj (31) a w Petersburgu (40). W Barcelonie umarło 5, w Genewie 3, w Pradze i w Warszawie po 2. Odra zabrała więcéj ofiar w Budapeszcie i Paryżu, cierpienia dławcowe nieco są lżejsze Z duru osutkowego umarło w Bukareszcie 1, w Londynie 2, w Petersburgu 5.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 22 (od 25 do 31 maja) umarło w Krakowie osób 24; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 22,1; we Lwowie 32,4; w Wiedniu 32,9; w Budapeszcie 41,2; w Pradze 41,8; w Tryjeście 30,4; w Berlinie 27,1; w Monachijum 45,0; Wrocławiu 37,9; w Dreźnie 27,1; w Bazylei 16,5; w Brukseli 26,6; w Paryżu 27,0; w Londynie 26,0; w Chrystyjanii 12,9; w Petersburgu 44,3; w Bukareszcie 27,0. W tymże czasie nie umarł w Krakowie nikt z choroby zakaźnéj. W tygodniu 23 doniesiono o następujących przypadkach chorób zakaźnych: 2 duru brzusznego (z ul. Szerokiéj L. 231 i Szpitalnéj); 1 duru osutkowego (z Czyżyn); 3 ospianki (z ul. Wolskiéj L. 102, z ul. Straszewskiego L. 9, z ul. Wiślnéj L. 176); 2 dławca (z Kleparza). *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 13 czerwca. W chwili zamknięcia tygodnika otrzymujemy z Wiednia okólnik Wydziału stowarzyszeń lek. austr. w sprawie zbliżających się wyborów do Rady państwa. Okólnik wykazuje smutne warunki, w których znajdują się w Austryi sprawy tyczące się organizacyi i administracyi sanitarnéj, dowodzi, że przyczyną złego jest brak dostatecznéj reprezentacyi lekarskiéj w Radzie państwa i wzywa do agitacyi ze strony lekarzy, aby umożebnić wybór zdolnych reprezentantów zawodowych. Święta to prawda, ale uderza, dla czego Wydział sam nie zajmuje się tą sprawą, skoro przecież nie jest obarczony żadnemi czynnościami, a odwołanie się do jednostek przypomina nam hasło *„sauve qui peut“*, które się wydaje, jeżeli się ma rzecz za przegraną. Zresztą do kwestyi téj powrócimy jeszcze.

* Z Wiednia dochodzą nas niepokojące wieści o stanie zdrowia Dra Skody, który przyszedłszy do siebie po zeszłorocznéj ciężkiéj chorobie brał do niedawna udział w posiedzeniach Akademii Umiejętn. i towarzystwa lekarskiego, a przed kilku dniami nagle zaniemógł śród objawów groźnych, zwłaszcza w wieku sędziwym. (Józef Skoda urodził się dnia 10 grudnia 1805 r. w Pilznie w Czechach, liczy zatém lat 74). Tak dzienniki lekarskie jako i polityczne podają biuletyny o biegu choroby wielce zasłużonego męża.

* W Cieplicach czeskich do dn. 8 bm. bawiło gości 1683.

* Krakowianin Dr. Maksym. Gumplowicz, członek koresp. naszego Towarzystwa lek., znany z prac swoich, ogłoszonych dawniéj w tygodniku naszym, a którego nową pracę niezadługo ogłosimy, kieruje obecnie zakładem wodoleczniczym w Priessnitzthal pod Wiedniem. Zakład ten, jak mieliśmy sposobność przekonania się, wzorowo jest urządzony a pozostając pod kierownictwem lekarza umiejętnie wykształconego daje należytą rękojmię, że chorzy znajdą odpowiednią pomoc i opiekę.

* W Pradze czeskiéj wyszedł pierwszy tom wielkiego dzieła zbiorowego „patologii i terapii“ (na kształt dzieła Ziems-

sena) w języku czeskim, obejmujący 1025 stronnic dużéj 8ki, pod redakcyją prof. Eiselta. Pięćdziesięciu lekarzy składa się na wielkie to dzieło, a pomiędzy nimi znachodzą się znani zaszczytnie w piśmiennictwie: proff. Duchek, Chvostek, Hofmann, Dr. Nedopil we Wiedniu, prof. Albert w Insbruku, Lambl w Warszawie, Streng w Pradze itd. Dzieło tak wielkich rozmiarów, oryginalnie opracowane, świadczy o wielkiéj żywotności narodu liczebnie tak małego.

* **Warszawa**. Dn. 8 bm. lekarze pp. Z. Kramsztyk i T. Heimann mieli sobie jednomyślnie przyznane stopnie doktorów medycyny, pierwszy po obronie rozprawy p. t. „Choroby oczne przy białaczce“, drugi rozprawy p. t. „O wpływie pilokarpiny na krążenie krwi i wydzielanie potu.“

* **Londyn**. Indyjanin Dr. Rustomjee Naserwanjee Khory napisał w języku angielskim dzieło o praktyce lekarskiéj z rysem krótkim historyi medycyny i środków lekarskich indyjskich. Dzieło to obszerne (1056 str.) wyszło w Londynie u Smitha, Eldera et Co.

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. Karol Cessner otrzymał order korony żelaznéj 3ciéj kl. a prof. Antoni Frisch oraz docent G. Jurié we Wiedniu otrzymali krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa, a docent Winternitz wyraz uznania cesarskiego. — Prof. Mihalkovics wybrany został członkiem koresp. węgierskiéj akademii umiejętn. — Proff. Arnold, Lucae, Dohrn i Mannkopf w Marburgu otrzymali order orła czerwonego 4téj kl. — Zoolog Siebold w Monachijum został mianowany kawalerem orderu pour le mérite (jak wiadomo, jest to najwyższy zaszczyt dla uczonych w Niemczech).

* **Nekrologija.** Zmarły niedawno Prof. Piorry urodził się w r. 1794; w 19tym roku życia jako słuchacz medycyny już służył w armii francuskiéj walczącéj w Hiszpanii; powróciwszy do kraju ubiegał się o rozmaite posady, aż w r. 1840 mianowany został prof. patologii lek., a w r. 1851 objął kierownictwo kliniki lekarskiéj. Pomimo sędziwego wieku do ostatniéj chwili życia brał udział w rozprawach akademii lek. Dzieła jego lekarskie są powszechnie znane; nadto pisywał rozprawy treści filozoficznéj a nawet dość udatne wiersze.

W Luneville umarł chirurg Castara, a w Bordeaux Auzouy, lekarz naczelny zakładu dla obłąkanych i docent chorób umysłowych.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 23: Gajkiewicza: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.); w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 23: Mieczkowskiego: Postrzeżenia z praktyki lek. u wód min. w Ciechocinku z r. 1878 (c. d.); Heringa: O operacyi polipów krtąni (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Z. KRAMSZTYK (w Warszawie): Optometryja objektywna. (Osobne odbicie z Pam. T. N. ścisłych w Paryżu T. XI. 1878) in 4to str. 46 z rycinami. (Sprawozdanie z tego dzieła dla braku miejsca odłożyć musimy do numeru następnego).

A. v. SENDYKOWSKI: Uiber die abnorm lange Dauer der Graviditat. Inaugural-Dissertation. Würzburg 1879, in 8vo str. 54. (Z pracy téj dedykowanéj Towarzystwu naukowemu dla Prus zachodnich zdamy sprawę niezadługo).

Dra Hub. KRASIŃSKIEGO: Gawędy naukowe o warszawskiéj wodzie do picia (w Nrach 120. 122—124 Wieku z rb.)

Dra J. SCHORR (we Lwowie): Heisses Wasser als Haemostaticum bei Metrorrhagieen, (osobne odbicie z *Allg. Wien. med. Ztg.* 1879, Nr. 8) in 8vo str. 4.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 18 czerwca o godz. 5 popoł. posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) Kol. Obaliński przedstawi chorego ze swego oddziału; 2) kol. Kohn mówić będzie o leczeniu śródmacicznêm i różnicy oddziaływania macicy.

Sprostowanie. W Nrze 23 Przegl. Lek. str. 281, szpalcie 1éj wiersz 8 i 9 od góry powinno być zamiast „szaro-żółte“ szaro-żółtą, zamiast „dające“ dającą; na str. 283, szpalcie 1éj wiersz 20 od dołu, powinno być zamiast „luźnie“ licznie.

Do Nru dzisiejszego dołącza się ogłoszenie Miejskiéj dyrekcyi zakładu kąpielowego w Wiesbadenie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Igo Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $4\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Kraków, 21 czerwca 1879. № 25. Rok XVIII.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra Madurowicza w Krakowie.

Znacznych rozmiarów włókniak pozaotrzewnowy.

Opisał Dr. A. Mars,
asystent tejże kliniki.

A. N. 18 lat licząca, stanu wolnego, rodem z Głogoczowa, nigdy nie rodziła ani nie roniła. W 16tym roku życia pierwszy raz miesiączkowała, poczém miesiączka powracała w prawidłowych odstępach czasu bez boleści. Od roku poczęły się przed każdą regularnością i po tejże pojawiać białe upławy. Ostatnia miesiączka nader skąpa była przed sześciu miesiącami. W czerwcu zeszłego roku, po znaczném fizyczném natężeniu, uczuła ból w prawém podżebrzu, a następnego dnia spostrzegła guz w brzuchu po stronie prawéj, który, acz zrazu powoli, z każdym dniem się powiększał. Zaniepokojona radziła się lekarzy, wszelkie jednakowoż leczenie okazało się bezskutecznem, a guz wzrastał daléj. W lipcu tegoż roku poczęły nogi puchnąć. W ostatnich tygodniach przed przybyciem do kliniki zauważyła chora, że guz znacznie szybciéj wzrastać począł, obok czego wystąpiły nader przykre objawy, a mianowicie: ustawiczna duszność, bezsenność itd., które ją zmusiły do szukania pomocy lekarskiéj i w tymto celu przybyła dnia 10 listopada z. r. do kliniki ginekologiczno-położniczéj krakowskiéj, gdzie następujący stan znaleziono:

Osoba mizerna, mocno wynędzniała. Błona śluzowa warg i spojówek blada. Skóra klatki piersiowéj blada, pod nią widoczna siatka żył grubych, rozdętych. Na klatce piersiowéj nad oboma płucami wypuk lekko bębenkowy. Wdech i wydech słyszalny. Tony serca czyste, acz głuche. Brzuch jednostajnie ku górze wzdęty, boki wystające, pępek nisko ułożony. Żyły rozdęte przeświecają najliczniéj w okolicy żołądka, niemniéj w okolicach lędźwiowych, najmniéj w okolicach pępka. Skóra na brzuchu gruba, zbrzęknięta, połyskująca, napięta, niedająca się we fałd ująć.

Oddalenie od spojenia łonowego do pępka 22 cm.
„ „ „ „ do wyr. miecz. 60 cm.
Obwód brzucha w wysokości pępka 113 cm.
„ „ w okolicy największego wypuklenia 112 cm.

Przy obmacywaniu idąc od spojenia kości łonowych ku pępkowi czuć można elastyczność, od pępka do góry zaś ciało stałe o powierzchni nierównéj płasko guzowatéj. Nad pachwiną lewą czuć przy badaniu elastyczność, nad prawą większą zbitość; ku lędźwiom, a mianowicie po stronie lewéj, zbitość ta się zmniejsza. W górze guz w brzuchu będący od podżebrza prawego nie daje się wcale, od lewego zaś na 4 cm. daje się odgraniczyć. Guz prawie nieruchomy. W linii białéj od spojenia kości łonowych do pępka przebija odgłos wypukowy bębenkowy, nad pępkiem stłumiony, również w okolicy lędźwiowéj prawéj, podczas gdy po stronie lewéj odgłos wypukowy bębenkowy. Na innych okolicach brzucha wypuk stłumiony prócz okolicy żołądka i brzegu żebrowego prawego, na których odgłos wypukowy bębenkowy jelit i żołądka ku górze nieznacznie przechodzi w opisany powyżéj odgłos wypukowy nad klatką piersiową. Pukając silniéj można wydobyć po stronie prawéj między wypukiem bębenkowym jelit a wypukiem nad płucami: stłumienie, odpowiadające wątrobie, ograniczyć jednak takowego niepodobna. Toż samo odnosi się do wypuku stłumionego nad śledzioną, która od guza odgłosem wypukowym bębenkowym jest odgraniczona. W okolicy żołądkowéj i nadłonowéj przebija z głębi niewyraźne chełbotanie. Ciepłota nad pępkiem wyższa. Przysłuch wykazuje huczenie. Na nogach znaczny obrzęk surowiczy, jak niemniéj na wargach większych. Wejście do pochwy wąskie. Część pochwowa obrzękła. Ujście zewnętrzne przedstawia szparę z małemi bocznemi wrębami, które raczéj od obrzęku niż od pęknięć poporodowych pochodzą. W przodkowém sklepieniu czuć wysoko dolny odcinek guza, twardy, zbity, kolisty. Sklepienia boczne w jednéj wysokości nisko położone, podatne, wolne. Macica horyzontalnie położona wraz z częścią pochwową łatwo rucho-

ma. Tętno nikłe. Ciepłota odnóg obrzękłych obniżona. W okolicy krętarza prawego odleżyna poczynająca. Mocz prawidłowy.

Po uskutecznieniu powyższego badania rozpoznano tymczasowo: *„Carcinoma medullare omenti“*, a to na podstawie następujących okoliczności:

Brak chełbotania w guzie, a w zamian uczucie przy dotyku ciała elastycznego guzowatego w górze, obok opisanego rozpołożenia wypuku bębenkowego, dozwalały wykluczyć płyn wolny w jamie brzusznéj, jak niemniéj wszystkie guzy w jamie brzusznéj budowy torbielowéj wielkokomorowéj. Pomijając ułożenie guza w linii środkowéj brzucha, to możebność odgraniczenia wypukowego od wątroby i śledziony wykluczała ścisły związek z ostatniemi. Brak zmian w moczu nie dozwalał się domyślać związku z nerkami. Badanie wreszcie wewnętrzne, a mianowicie jednostajnie nisko ułożone sklepienia boczne, brak wszelkiéj dyslokacyi, swobodna ruchomość macicy dozwalały wykluczyć guzy jajnikowe, jak niemniéj guzy mogące być w związku z macicą. Po wykluczeniu tych zmian pozostały nam tak łagodne jak i złośliwe nowotwory wychodzące z sieci, gruczołów krezkowych, kręgosłupa etc. Jakkolwiek wiek młody choréj przemawiał za guzem więcéj dobrotliwéj natury, to uwzględniając szybkie i nader znaczne wychudnienie, jakotéż nader szybki wzrost, a mianowicie okoliczność, że chora zgodnie z rodziną opowiadała, iż guz dopiero przed 5ciu miesiącami spostrzegła, i że przedtém około domowego gospodarstwa wciąż się krzątała, rozpoznano guz złośliwy. Ponieważ wreszcie przy macaniu czuć było w pewnych miejscach, że guz był miększy, na téj podstawie rozpoznano najzłośliwszą tegoż formę: *Carcinoma medullare.*

Dodatkowo namienić muszę, że badanie w niniejszym przypadku było niezwykle utrudnioném z powodu znacznego obrzęku skóry, wielkich rozmiarów nowotworu, jak niemniéj i téj okoliczności, że badanie dla choréj było bardzo uciążliwém; a wreszcie rozpoznanie mogłoby jeszcze być ściślejszém, gdyby użyto do takowego sposobu badania za pomocą harpuny. Ponieważ jednak podobne badanie dla choréj byłoby wcale nieobojętném, a ściślejsze oznaczenie nieprzyniosłoby jéj żadnéj korzyści, dlatego ze względów ludzkości takowego zaniechano.

Przebieg dalszy choroby w klinice nie nastręczył nic nowego. Obok wzmiankowanych objawów duszności, bezsenności, boleści w brzuchu, pojawiało się od czasu do czasu rozwolnienie, czasem nawet stolce bywały krwawe. W ostatnich tygodniach przed śmiercią zbrzękłość skóry wzrastała, jak niemniéj występowała w godzinach popołudniowych lekka gorączka. Odleżyna nie powiększała się i została powierzchowną.

Leczenie ograniczało się do zwalczania objawów przykrych dla choréj i w miarę możności do dobrego odżywiania.

Dnia 21 grudnia zmarła chora, a następnego dnia wykonano oględziny zwłok, które okazały: *Fibroma molle ingens textus cellulosi retroperitonealis subsq. peritonitide adhaesiva chronica et hydrope universali. Dislocatio intestinorum thoracis et abdominis. Anaemia summa universalis.* Skóra blada. Na klatce piersiowéj i brzuchu bardzo znacznie rozdętym przeświecają liczne wężykowato przebiegające żyły podskórne. Odnogi dolne tudzież wargi sromne większe surowiczo obrzękłe. Czaszka i mózgowie prawidłowe, ostatnie znacznie niedokrewne. Po otwarciu klatki piersiowéj okazuje się przepona wyparta ku górze powyżéj czwartego żebra. Płuca oba małe, przy brzegach nieco nadmiarowo powietrzem rozdęte, w całości uciśnięte, niedokrewne, w tylnych i dolnych częściach miernie opadowo przekrwione. Serce prawidłowych rozmiarów i jakości, mięsień blady, wiotki. W jamach sercowych mierna ilość skrzepów krwi. W jamie brzusznéj tkwi guz długości 49, a szerokości 34 cm., kształtu jajowatego, ważący 15 kilogr., wychodzący z tkanki zaotrzewnowéj przedkręgowéj, wsuwający się od strony kręgosłupa w jamę brzuszną ku górze pod brzeg wątroby, ku dołowi sięgający do spojenia łonowego, pokryty otrzewną i siecią nad nim rozpiętą i z powierzchnią jego zrośniętą. Nieliczne i wiotkie przyczepy tkanki łącznéj spajają otrzewnę ścienną z guzem. Powierzchnia guza gładka. Ze strony lewéj łatwo można podejść ręką pod guz po sam kręgosłup. Nieliczne przyczepy tkanki łącznéj łączą jelito zstępujące i część esowatą z dolną i boczną powierzchnią guza. Jelito cienkie wyparte ku stronie prawéj i ku górze skurczone, próżne, jelito grube nieco gazami rozdęte. Żyła główna dolna i jéj rozgałęzienia rozszerzone, płynną krwią wypełnione. Część tylna i dolna guza po stronie prawéj przylegająca do jelita ślepego rozpadła powierzchownie w miazgę brunatną, cuchnącą, wśród któréj znachodzą się strzępy tkaniny zbitszéj, mikroskopowo z tkanki łącznéj złożone. Na rozkroju guz ten przedstawia budowę włóknistą, siatkowatą. Z miąższu wygnieść się daje mierna ilość cieczy śluzowatéj. Wśród tkaniny nowotworowéj znachodzi się parę jam wielkości orzecha włoskiego o ścianach gładkich, wypełnionych cieczą żółtawą, ciągnącą się, lepką. Wśród niektórych z opisanych jam sterczą ze ścian listewkowate wyniosłości i nitki ścięgniste przez jamę przeciągające jako ślad powstawania tych jam z drobnych, obok siebie leżących. Wątroba i śledziona wyparte ku górze, prawidłowych rozmiarów, niedokrewne. Nerki miernie przekrwione. Żołądek skurczony, próżny, błona śluzowa tak jak i w jelitach blada, gładka. Gruczoły limfatyczne zaotrzewnowe małe, blade, zbite. Pęcherz moczowy próżny, skurczony. Macica prawidłowéj wielkości, ruchoma. Jajniki prawidłowe.

Przypadek opisany pod wieloma względami jest ciekawym, i tak:

Rozmiary guza kolosalne są objawem niezwykłym. W tutejszém muzeum anatomii patologicznéj znachodzi się taki sam guz, ale znacznie mniejszych rozmiarów, bo dochodzący wielkości głowy mężczyzny. W literaturze, o ile takową przejrzeć mogłem, wspominają autorowie o występowaniu takich guzów, nie spotkałem się jednak ze wzmianką o podobnym włókniaku podobnych rozmiarów. W obszernych pracach Olshausena i Spencer Wellsa o guzach jajnikowych, autorowie mówiąc szczegółowo o rozmaitych guzach w jamie brzusznéj się pojawiających, nie wspominają wcale o podobnym przypadku.

Uwzględniając przebieg *a posteriori* można sądzić, że guz ten znacznie dłużéj trwał, aniżeli to chora podaje. Ponieważ jednak jeden z kolegów, który chorą widział na kilka miesięcy przed przybyciem jéj do kliniki, opowiadał, że chora wówczas przez niego widziana nader wielkiego brzucha niemiała, możemy przypuścić, że wzrost guza mógł być bądź co bądź nader szybkim, co chociaż niezgodne z przebiegiem zwykłym włókniaków przecież dałoby się wytłumaczyć zbrzęknięciem surowiczém i przeobrażeniem śluzowém tegoż guza.

Ze stanowiska anatomicznego rzadkiém jest usadowienie się włókniaka tego, daléj niezbyt częste są podobne jamki, wypełnione cieczą żółtawą, ciągnącą, lepką, a powstałe

skutkiem wstecznego przeobrażenia śluzowego tkaniny międzykomórkowéj, jak tego dowodzą listewkowate przegrody pomienionych jamek. Nadto zajmującą jest zmiana w tylnéj części guza, powstała skutkiem ucisku na naczynia odżywcze, a cecha gnilna téj części nowotworu pochodzi od sąsiedztwa jelita grubego, skutkiem przenikania gazów. Albowiem częściowe obumarcie nowotworu może pochodzić jużto od zaczopowania naczyń albo od tychże ugniotu, jużteż jako zejście sprawy zapalnéj. Ponieważ zaś w niniejszym przypadku zachowanie się części sąsiednich obok miejsca rozpadłego wręcz przeciw sprawie zapalnéj przemawia, ponieważ daléj w naczyniach najbliższych nie znachodzimy nigdzie zaczopowania, niniejsze częściowe obumarcie nowotworu musi pochodzić od ugniotu naczyń, jaki łatwo powstać mógł skutkiem szybkiego wzrostu nowotworu.

II. O wykrywaniu symulacyi ślepoty i niedowidzenia.

Podał Prof. **Lucyan Rydel.**

)Podług wykładu mianego na posiedzeniu komisyi sądowo-lekarskiéj Tow. lek. krak.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Prawdopodobieństwo choćby najbardziéj do pewności zbliżone nie może lekarzowi służyć za podstawę orzeczenia stanowczego, od którego wyrok sądu zawisł częstokroć wyłącznie, potrzeba nam więc jeszcze innych sposobów badania, na których wyniku lekarz oprzećby mógł stanowczy, przedmiotowy dowód prawdy, przekonywający o ile można zarazem sędziów, a nawet zmuszający samego symulanta do wyznania winy. Taki sposób badania, wskazany przez Graefego *(Archiv. f. Ophth.* II. 1. str. 266), polega na użyciu trójgranów. Promienie światła przechodzące przez trójgran ulegają podwójnemu załamaniu, raz na powierzchni pierwszéj, gdzie wchodząc w środek mocniéj łamiący zbliżają się do prostopadłéj, a następnie na powierzchni drugiéj, gdzie oddalają się od prostopadłéj z powodu, iż dostają się napowrót do powietrza, które słabiéj od szkła załamuje. Skutkiem tego podwójnego załamania się światło zbacza ostatecznie ku podstawie trójgrana. Jeżeli tedy zamknąwszy jedno oko umieścimy przed drugiém trójgran i wpatrujemy się przezeń w jakiś przedmiot, nie ujrzymy go w miejscu rzeczywistém, lecz pozornie przesunięty w kierunku wierzchołka trójgrana. Przypuśćmy, że podstawa zwróconą jest ku dołowi, to promienie po przejściu przez trójgran zboczą od pierwotnego kierunku również ku dołowi i utworzą zamiast w plamce żółtéj poniżéj takowéj obraz przedmiotu, od którego pochodzą, a gdy pobudzenie siatkówki w dolnéj części odnosimy wzdłuż linii kierunkowéj ku górze, jasną jest rzeczą, że przedmiot widzenia wydać się nam musi wyżéj, aniżeli się rzeczywiście znajduje.

Takie działanie trójgranów nadaje się wybornie do wykrycia udawanéj ślepoty jednego oka. W tym celu każemy badanemu wpatrywać się oboma oczyma w płomień świecy, znajdującéj się w odległości mniéj więcéj metra, a p r z e d o k i e m z d r o w é m umieszczamy trójgran o kącie łamiącym 12° do 15° podstawą zwrócony ku dołowi lub górze. Jeżeli badany poda, iż widzi dwa płomienie, jeden wyżéj a drugi niżéj, będzie to dowodem stanowczym, że i okiem rzekomo ślepém widzi płomień, bo widzenie zdwojone jest obuoczne i powstaje z tego powodu, że obraz płomienia pada w obu oczach na części siatkówki niejednotne. Trojgran należy umieszczać przed okiem zdrowém, bo w ten sposób usypiamy podejrzenie symulanta, że widzenie zdwojone jest może sidłem na niego zastawionėm i skłaniamy go do przyznania się, iż widzi podwójnie.

Wydarzają się jednak przypadki, że przebiegli symulanci wypierają się stanowczo widzenia zdwojonego, czy to dlatego, że może znają prawidła fizyczne tego doświadczenia, czy téż z powodu, że badani już poprzednio przez innego lekarza za pomocą trójgrana, umieszczonego niestósownie przed okiem rzekomo ślepém, zwietrzyli niebezpieczeństwo, grożące im z przyznania się do widzenia zdwojonego. W takich przypadkach możemy użyć trójgrana jeszcze w inny sposób, który podał Alfred Graefe *(Klin. Monatsbl. f. Augenh. V.* 1867, str. 53.). Zasłoniwszy oko rzekomo ślepe pod jakimś zręcznym pozorem wzywamy badanego, aby okiem zdrowém wpatrywal się w płomień świecy znajdującéj się w równéj z niém wysokości i umieszczamy przed niém trójgran (12° do 15°) podstawą np. ku górze, ale tak aby pokrywał tylko górną (lub dolną) połowę źrenicy. Część światła świecy wpadnie teraz do wnętrza oka wprost przez dolną połowę źrenicy, inna część zaś przez górną przeszedłszy pierwéj przez trójgran. Ta ostatnia zboczy ku podstawie trójgrana i utworzy obraz płomienia powyżéj plamki żółtéj, podczas gdy pierwsza utworzy drugi obraz na plamce żółtéj, skutkiem czego badany m u s i t e r a z u j r z e ć k o n i e c z n i e j e d n é m o k i e m d w a p ł o m i e n i e, z których niżéj położony powstaje przy pomocy trójgrana. Wdrożywszy symulantowi w ten sposób przekonanie, że i jednėm okiem widzieć można podwójnie i zmusiwszy go w ogólności do przyznania widzenia zdwojonego, odsłaniamy niby przypadkowo oko rzekomo ślepe, a równocześnie przesuwamy trójgran o tyle ku dołowi, aby pokrył całą źrenicę. Badany nie może mimo największéj baczności dostrzedz małego, zaledwie parę millimetrów wynoszącego przesunięcia trójgrana, od którego nadto równoczesne odsłonięcie drugiego oka odrywa jego uwagę, skutkiem zaś pokrycia całéj źrenicy przez trójgran zamieni się widzenie zdwojone z jednoocznego na obuoczne, do którego badany nie wiedząc nic o zaszłéj zmianie przyzna się tém snadniéj, ile że wzajemne położenie obrazów zdwojonych pozostaje zupełnie takie same bez względu na to, że przed chwilą były jednooczne, teraz zaś są obuoczne. Jeżeli trzymając trójgran daléj tak, aby pokrywał całą źrenicę, zasłonimy napowrót oko rzekomo ślepe, zamienimy znów widzenie zdwojone na pojedyńcze i przekonamy nawet samego symulanta, że dwa płomienie widzieć mógł poprzednio tylko przy pomocy drugiego oka. Gdyby symulant był dość bezczelnym, aby się wyprzeć widzenia zdwojonego podczas gdy trójgran pokrywa tylko połowę źrenicy oka zdrowego, byłoby to dowodem kłamliwości jego zeznań, utwierdzającéj nas w przekonaniu o jego winie, bo widzenie zdwojone jako jednooczne jest w tych warunkach konieczne.

Nareszcie możemy za wzorem Welza *(Klin. Monatsbl. V. Jahrg.* 1867, str. 292) użyć trójgrana w inny jeszcze sposób do wykrycia symulacyi. Jeżeli komuś, który ma zdolność widzenia obuocznego [1]), umieścimy przed jednėm okiem trój-

---

[1]) W stanie prawidłowym krzyżują się osie widzenia w przedmiocie, w który się wpatrujemy, obrazy jego padają przeto w obu oczach na plamki żółte, a skutkiem tego widzimy przedmiot oboma oczyma równocześnie i pojedyńczo. Ażeby się przekonać czy ktoś ma zdolność widzenia obuocznego, lub też czy — może

gran (12° — 15°), zwrócony podstawą ku wewnątrz lub zewnątrz, podczas gdy się wpatruje spokojnie w jakiś przedmiot bliski, powstaje na chwilę widzenie zdwojone tego przedmiotu. Według tego co się wyżéj o działaniu trójgranów rzekło, jest ono skutkiem tego, że w oku uzbrojoném w trójgran obraz pada nie na plamkę żółtą, lecz na boczną część siatkówki, położoną w kierunku podstawy trójgrana, dajmy na to ku skroni. Skutkiem wrodzonego nam wstrętu do widzenia zdwojonego badany stara się zlać koniecznie oba obrazy w jeden i podsuwa w tym celu plamkę żółtą pod obraz siatkówkowy (tj. ku zewnątrz) kurcząc mocniéj mięsień prosty wewnętrzny (w przykładzie obranym; w ogólności zaś ten, ku któremu zwrócony wierzchołek trójgrana), skutkiem czego środek rogówki zwraca się ku wewnątrz. Jeżeli teraz oddalimy nagle trójgran, przedmiot zdwoić się znów musi na chwilę z powodu zboczenia osi widzenia ku wewnątrz, a badany chcąc znów uniknąć widzenia zdwojonego skurczy teraz nagle mięsień prosty zewnętrzny w tym celu, aby obraz przedmiotu tak samo jak w oku drugiém paść mógł na plamkę żółtą. Robiąc to doświadczenie lekarz przestrzegać musi, żeby symulant wpatrywał się w przedmiot nieruchomo, sam zaś spoglądać po nad trójgranem i baczyć pilnie na zachowanie się jego oka. Jeżeli w chwili umieszczenia trójgrana przed okiem (zdrowém lub rzekomo ślepém) dostrzeże skręcenia środka rogówki w kierunku wierzchołka trójgrana, w chwili zaś odjęcia takowego w kierunku jego podstawy, będzie to niezbitym dowodem, że badany widział podwójnie, że więc ślepota jest udaną. Nie ocali go nawet najuporczywsze wypieranie się widzenia zdwojonego, występującego w chwili przedłożenia i odjęcia trójgrana, bo zdradzają go ruchy oka, wykonane celem zlania obu obrazów w jeden, a których, jako bezwiednych i mimowolnych, żadną miarą powstrzymać nie może. Próbę tę zastósować można tylko tam, gdzie jest zdolność widzenia obuocznego, o któréj poprzednio w sposób już wskazany przekonać się należy, ale za to ma ona nad wszystkiemi innemi tę ogromną wyższość, że sąd nasz czyni zupełnie niezawisłym od zeznań badanego, a pozwala go oprzeć na oznakach przedmiotowych przez lekarza dostrzeżonych; nie wywinie się jéj zatém symulant, nawet najbardziéj bity i kuty.

Podobnie jak doświadczenia z trójgranami polega także użycie stereoskopu, zastósowane najpierwéj przez Laurence'a, na zdolności widzenia obuocznego. W nowszych czasach Rabl-Rückhardt (*Deutsche militärärztliche Zeitschrift Heft 1. z 1873 r.*, także *Vierteljahrs. f. gerichtl. Medicin XXIV. Bd. 1876.*) urozmaicił te doświadczenia dowcipnemi pomysłami, a Burchardt (1875) sporządził cały zbiór wzorów do tak zwanego amerykańskiego stereoskopu. Jeżeli tego, co symulant przy takiéj próbie ze stereoskopem widzi, nie można sobie inaczéj wytłumaczyć, jak tylko przez widzenie obuoczne, udawanie ślepoty jest dowiedzioném. W tym celu przedkładamy każdemu oku inną figurę, np. jednemu kilka kresek równoległych pionowych a drugiemu poziomych, albo jednemu liczby parzyste a drugiemu nieparzyste. U badanego widzącego oboma oczyma powstanie utarczka pól widzenia, która go zdradzi już to w ten sposób, że badany wymieni jakiś znak lub figurę, którą tylko okiem rzekomo ślepém widzieć może, już też to, że go bałamuci i przeszkadza mu w widzeniu tego, co okiem zdrowém swobodnie i łatwo widzieć powinien. Najwygodniéj atoli spożytkować można przy tych doświadczeniach przesunięcie pola widzenia, zrządzone przez trójgrany stereoskopu. Jeżeli do stereoskopu włożymy rysunek z kołem przeznaczoném do obuocznego pokrycia się a w lewéj połowie wzoru na lewo od koła znajduje się krzyżyk, w prawéj zaś i na prawo od koła kwadrat, to w obuoczném stereoskopowém polu widzenia ukaże się od lewéj ku prawéj krzyżyk, koło i kwadrat. W tym samym atoli porządku przedstawią się także figury, jeżeli na prawo od lewego koła znajdować się będzie kwadrat a krzyżyk na lewo od prawego koła. Badany nie zdoła z widoku stereoskopowego odgadnąć, jakiśmy mu rysunek przedłożyli, zdradzi się zatém przy kilkakrotnéj zmianie rozmaitych rysunków. Używając liter, liczb lub znaków rozmaitéj wielkości można w ten sposób oznaczyć w przybliżeniu nawet bystrość wzroku oka rzekomo ślepego. Krótkowidzom wysokiego stopnia należy dać do tych doświadczeń odpowiednie szkła wklęsłe, a w razie gdyby badanie wziernikowe wykazało znaczniejszą różnicę refrakcyi obu oczu, trzeba ją o ile możności wyrównać. Doświadczenia ze stereoskopem mają tę słabą stronę, że symulant przymrużywszy chwilowo jedno oko przekonać się może, co którém okiem ma widzieć i uniknąć w ten sposób łapki. Ażeby temu zapobiedz, obmyślił Burchardt rodzaj zasuwek, ktore nas atoli nie zabezpieczają na pewne od tego wybiegu, samo zaś przymrużanie podaje wprawdzie badanego w ciężkie podejrzenie, ale za dowód stanowczy jego winy służyć nie może.

(Dokończenie nastąpi.)

nie wiedząc nawet sam o tém — posługuje się do widzenia naośnego tylko jednem, podczas gdy drugie zbacza ku wewnątrz lub zewnątrz, każemy mu wpatrywać się nieruchomo w koniec naszego palca i zakrywamy mu kolejno to jedno, to drugie oko. Jeżeli osie widzenia miały kierunek należyty, to oczy nie poruszają się wcale w chwili odsłonięcia. Jeżeli przeciwnie jedno oko w chwili, gdy drugie zasłonimy, wykona ruch w celu zwrócenia swéj osi na koniec palca, to wynika z tego, że poprzednio zbaczało, że więc badany nie ma zdolności widzenia obuocznego. Badanie takie jest zbyteczném, jeżeli oś jednego oka zbacza widocznie, bo w takim razie nie może być mowy o widzeniu pojedyńczém oboma oczyma.

III. Oceny i sprawozdania.

Kramsztyk Zygmunt: **Optometryja objektywna**. Paryż 1879. (Odbitka z Pamiętników towarzystwa nauk ścisłych w Paryżu tomu XI). Podał Dr. Machek.

Przedmiotem tego dzieła jest objektywne badanie stosunków optycznych, a przedewszystkiém stanu refrakcyi oka za pomocą wziernika.

Objektywne oznaczanie stanu refrakcyi nie ma praktycznéj doniosłości takiéj, jaką ma objektywne badanie z zakresu innych gałęzi nauk lekarskich, a nawet innych stanów patologicznych oka. Drogą bowiem podmiotowego badania stanu refrakcyi, prawda że ze stratą czasu, dochodzimy do rezultatów dodatnich, tj. wynik badania dobrze uskutecznionego zgadza się z prawdą. Badając stan refrakcyi oka nie poprzestajemy na tém, że chory podaje, iż widzi dokładniéj, lecz żądamy odczytania znaków, pozostawiając tym sposobem bardzo ciasne granice podmiotowemu zdaniu chorego. Niski stan inteligencyi ze strony tegoż utrudnia, a czasem nawet uniemożebnia, ten sposób badania, ale pomimo to pozostanie on jeszcze na długi czas najpewniejszym środkiem oznaczania stanu refrakcyi, a ilekroć zalecić mamy użycie okularów, stósujemy zawsze sposób podmiotowy badania.

Natomiast sposób wziernikowy ma pewne niewątpliwe zalety. Podmiotowo oznaczamy tylko refrakcyję plamki żółtéj, względnie refrakcyję w kierunku osi optycznéj, drogą objektywną zaś także refrakcyję każdego punktu pola widzenia wziernikowego, a plamki żółtéj i w tych przypadkach, w których chory nie widzi, jeżeli tylko środki łamiące są czyste. Możemy więc oznaczyć refrakcyję obwodowych części dna oka, co w niektórych przypadkach wyższéj ametropii (Snellen i Landolt Ophthalmoscopie 131) ma także praktyczną doniosłość. Daléj możemy wziernikiem oznaczyć refrakcyję lub obliczyć położenie wierzchołka obrzmienia tarczy nerwu wzrokowego, daléj obliczyć głębokość zagłębienia w przypadkach jaskry, wymierzyć bryłowatość nowotworów wewnątrzgałkowych, jeżeli je wziernikiem obejrzeć zdołamy itd. Jest to wreszcie droga daleko krótsza, na któréj obejść się można bez tablic i wzorów, a przy pewnéj wprawie może lekarz w bardzo krótkim czasie wejrzeć w stosunki optyczne oka i oznaczyć stan refrakcyi. Niezależni jesteśmy także od oświetlenia. Rozpoznawanie przedmiotów nie tylko zależném jest od kąta widzenia, ale także od oświetlenia. Prawidłowe V dla swoich wzorów oznaczył Snellen nie tylko przy pewném oddaleniu, lecz także przy pewném stałém oświetleniu. Autor podnosi jeszcze jednę bardzo ważną zaletę badania przedmiotowego przed podmiotowém. Twierdzi on (str. 14) idąc w części za Mauthnerem, że wziernikiem da się oznaczyć bez atropinu nadmiarowość całkowita. Autor powołując się na własne doświadczenia podaje: „Wielokrotnie notowałem stan refrakcyi, mianowicie u nadwzrocznych, oznaczany subjektywnie i objektywnie, przed użyciem atropiny i po zupełném sparaliżowaniu akomodacyi; na rezultat badania objektywnego atropina żadnego wpływu nie wywierała, był on taki sam, jak i rezultat badania subjektywnego w oku zatropinizowaném; tylko subjektywne badanie przed użyciem atropiny wykazywało stale silniejszą refrakcyję (Hm).“ Badając drogą podmiotową musimy użyć atropinu, albo tracić bardzo wiele czasu stopniując bardzo wolno szkła wypukłe, chcąc w przybliżeniu oznaczyć stopień nadmiarowości całkowitéj. Czasem lekarz zdobędzie się na tyle cierpliwości, lecz chorego badanie bardzo męczy, a zdarza się, iż chorzy omdlewają (Arlt) zmęczeni ciągłém zamykaniem oczu (aby ustąpił skurcz mięśnia rzęskowego) i odczytywaniem wzorów. Gdyby więc było możebném wziernikiem oznaczyć nadmiarowość całkowitą, możnaby bardzo wygodnym sposobem dojść do celu, a chory byłby uwolniony od skutków zapuszczenia atropinu, który nadto, według najnowszych doświadczeń, obniżając ucisk po za obwódką Zinna wcale nie jest środkiem dla oka obojętnym. Czy atoli tak się rzecz ma, jak Kramsztyk twierdzi, jest jeszcze rzeczą wątpliwą. Wiadomo, że wyjątkowo tylko oko podczas badania wziernikowego akomoduje. Możemy oznaczyć nadmiarowość jawną wziernikiem, część utajoną jednak chyba tylko wyjątkowo. Będąc czynnym w klinice Arlta przez przeciąg pół roku wspólnie z drugim kolegą oznaczałem stan refrakcyi chorych kliniki ruchoméj. Oznaczano ją zwykle najsamprzód wziernikiem Landolta, a potém drogą badania podmiotowego, czego właściwie prof. Arlt żądał. Zależało od wprawy lekarza badającego, jak wielką była różnica pomiędzy stanem refrakcyi oznaczonym drogą badania objektywnego i subjektywnego, lecz zazwyczaj nie wynosiła ona więcéj nad 0·5 D. Wielką ilość badanych przypadków zapisywano. Zawsze jednak w przypadkach nadmiarowéj budowy oka liczba oznaczona wziernikiem zgadzała się z hypermetropiją jawną.

Sam przedmiot podzielił K. na 2 części. W ogólnéj omawia położenie obrazu wziernikowego, potém rozległość czyli pole obrazu, a wreszcie powiększenie tegoż, a więc optyczne własności obrazu wziernikowego ze stanowiska czysto fizycznego. Położenie obrazu wziernikowego w punkcie dali oka badanego objaśnia nas już o stanie refrakcyi, a oznaczenie tego punktu stanowi środek ciężkości całéj optometryi objektywnéj. W dalszych ustępach téj części wykazuje autor drogę, którą idąc w każdym danym przypadku oznaczyćby można liczebnie, z któréj strony oka badanego i w jakiéj odległości znajduje się obraz wziernikowy. Rzecz tę przedstawił K. jasno i zwięźle, a analiza wzorów matematycznych jest łatwo zrozumiałą.

Autor zwraca także uwagę na to, iż już charakter refrakcyi rozpoznać można w pewnéj od oka odległości z paralaktycznych ruchów obrazu wziernikowego. Jakkolwiek autorowie o tém rzadko tylko wspominają, używany bywa ten sposób prawie we wszystkich klinikach przy wyższych stopniach myopii. W innych przypadkach wartość praktyczna jak i łatwość oznaczenia nawet charakteru refrakcyi tą metodą jest mniejsza, o ile obrazy wziernikowe zazwyczaj nie są wyraźnie widzialne, a natenczas znany już jest stan refrakcyi, jeżeli uwzględnimy za pomocą jakich szkieł nam się udało dno oka dojrzeć.

Część o polu obrazu wziernikowego i powiększeniu tegoż z równą ścisłością jest opracowana. Opiera się w ogóle autor na odnośnych pracach Helmholtza, Dondersa, Snellena i Landolta, Mauthnera i innych. Literaturę wreszcie rozrzuconą po pismach peryjodycznych uwzględnia autor należycie. Streszczenie ustępów o polu obrazu wziernikowego i powiększeniu jest niemożebném. Rezultaty, do których dochodzi, są znane, a przeprowadzenie matematyczne, w całości tylko przytoczone, zrozumiałe i jasne.

W części szczegółowéj swéj pracy postawił sobie autor zadanie zestawienia wszystkich własności obrazu optycznego względnie do oddzielnych stanów refrakcyi, a więc ułożył obrazy kliniczne. Właśnie ta część, prawda że bez części ogólnéj niezrozumiała, ma wartość dla tego, któryby z objektywném badaniem stanów refrakcyi chciał się zapoznać. Opis obrazów jest prawie wyczerpujący, autor wspomniał o wszystkich środkach i sposobach, jakich przy badaniu wziernikowém tak obrazu prostego jak i odwrotnego używamy. Nakoniec są także opisane obrazy kliniczne astygmatyzmu regularnego i nieregularnego, oraz dołączony krótki rozbiór optycznych objawów zagłębień i wyniosłości na dnie oka. Całość dziełka robi wrażenie pracy gruntownéj i sumiennéj, którą się autor przysłużył polskiéj literaturze okulistycznéj.

O żółtaczce noworodków i o wyborze chwili do podwiązania pępowiny przez Dra Poraka.

Sprawozdanie Dra A. Kwaśnickiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 24.)

Przechodząc do właściwego przedmiotu, to jest do żółtaczki noworodków, Porak zadaje sobie pytanie, czy nie istnieją we krwi dzieci nowonarodzonych, w pierwszym tygodniu ich życia, takie zmiany, które wywołują to obfite powstawanie kryształków hematoidynu? Pragnąc odpowiedzieć na to pytanie P. musiał się oprzeć na wynikach badań hematologicznych, które ogłosił Hayem; podług tego ostatniego badacza czerwone ciałka krwi noworodka są więcéj nieró-

wne, aniżeli u dorosłego, t. j. że najmniejsze u noworodka są mniejszemi, a największe, większemi, aniżeli u dorosłego; ciałka czerwone i białe ulegają zmianom kształtu z dnia na dzień; ilość ciałek pozostaje w stosunku odwrotnym do ich rozmiarów; skład chemiczny ich treści musi być odmiennym, gdyż u dorosłego nie ulegają one tak szybkiemu wessaniu; ciałka białe w ogóle są mniejsze aniżeli u dorosłego.

W okresie obniżania się wagi ciała noworodka liczba ciałek, tak czerwonych jak i białych, pozostaje niezmienną lub nieco podnosi się; trzeciego dnia po urodzeniu się, kiedy waga noworodka jest najniższą, ilość ciałek białych raptownie się obniża obok zwiększenia się ciałek czerwonych; w okresie przybierania na wadze liczba ciałek krwi noworodka zwiększa się, z początkiem 2go tygodnia ilość czerwonych ciałek krwi staje się o wiele mniejszą, aniżeli w chwili przyjścia na świat.

Niepodobna powyżej opisane zmiany krwi w ustroju noworodka wytłumaczyć zmianami, zachodzącemi w jéj surowicy: te wahania się z dnia na dzień liczby ciałek, ta rozmaitość ich wymiarów, nakoniec domniemane przemiany składu chemicznego, popierają stanowczo twierdzenie, że w 1ym tygodniu życia ciałka krwi odbywają okres przeobrażeń; czy więc te przeobrażenia nie ulegają chorobowym zaburzeniom, i czy te zaburzenia nie polegają na zmianach składu krwi lub też zależą od zboczeń ogólnego odżywienia, na te pytania, które autor postawił, dziś jeszcze gruntownéj odpowiedzi wymagać nie można; nadmierne wytwarzanie się kryształków hematoidynu, niedające się wyprowadzić z wessania żółci, snadnie się tłumaczy przeobrażeniami, którym ulegają ciałka krwi noworodka, a badania hematologiczne, wykazujące te przeobrażenia w 1ym tygodniu życia dziecka, stanowczo to twierdzenie popierają. Autor często spostrzegał zmianę ½ milijonową czerwonych ciałek krwi z dnia na dzień; to wsteczne przeobrażenie wytwarza znaczną ilość barwika, który w ustroju bądź gromadzi się, bądź z niego wydala; głównym drenem, przez który to wydalenie uskutecznia się, są zapewne zawsze nerki, jak to stwierdzają badania Virchowa, Schlossbergera, którzy w 1ym tygodniu życia znajdowali w zawałach moczowych obfite skupienia kryształków; mocz noworodka, jak wiadomo, jest w 1ym tygodniu jego życia bardzo mętny, Virchow, Robin i Parrot znaleźli w nim barwik.

Po dowodach anatomicznych następują kliniczne: w tym czasie, kiedy za Virchowem wielu badaczy niemieckich głośno wyznawało teoryję bilifeinową żółtaczki noworodków, Gubler na podstawie spostrzeżeń klinicznych wypowiedział teoryję hemafeinową; za tym badaczem poszło wielu klinicystów, którym zawdzięczamy liczne cenne prace; Dreyfus-Brissac powiada, że jeśli w skutek przeobrażeń zachodzących w ciałkach czerwonych krwi w 1ym tygodniu życia noworodka zniszczy się wielka ilość ciałek krwi, to wątroba nie podoła zamienić całego gałczenia w bilifein, a barwik krwi, nieznajdując dostatecznych dróg fizyjologicznych do wydzielenia się, nagromadza się w surowicy krwi, a względnie w całym ustroju, ulegając w czasie krwiobiegu przeróżnym zmianom. Owoż Porak nadaje temu barwikowi chorobliwie wytworzonemu z gałczenia, który nie przeobraził się w bilirubin, nazwę hemafeinu, stan chorobowy zowie hemafeizmem, a żółtaczkę hemafeinową.

W stanie zdrowia gałczeń przechodząc przez szereg ukwaszeń zamienia się w barwik żółciowy *(bilirubin, bilifein, biliprasin, bilifuscin, biliverdin)* i moczowy (urochrom, uroksantyn itd.). Lecz w stanie chorobowym czyż wiemy przez jakie pośrednie ukwaszenia przechodzi gałczeń? Jeśli podwiązanie pępowiny uskuteczniamy metodą opóźnioną, żółtaczka noworodków jest o wiele silniejszą: twierdzenie to przestaje być zagadkowém, jeśli wdrożymy się w tor pojmowania téj sprawy przez Poraka. Hayem znajdował zawsze na 1 □ millim. o pół milijona więcéj czerwonych ciałek krwi po podwiązaniu opóźnioném, aniżeli bezzwłoczném; w 48 godzin po porodzie ubywa na 1 □ millim. 60,000 ciałek czerwonych krwi, a zatém niszczenie się tych ciałek jest znaczniejsze przy podwiązaniu opóźnionem. Helot badał dwa razy dziennie krew noworodków w pierwszych 9ciu dniach ich życia z uwzględnieniem metody, którą zastósowano przy podwiązaniu. Liczby podane przez niego i Hayema zgodnie wykazują, że bez względu na sposób podwiązania 7mego dnia życia ilość czerwonych ciałek krwi dochodzi do pewnéj stałéj wysokości; a ponieważ przy podwiązaniu spóźnionem ilość ciałek krwi czerwonych jest większa, przeto i więcéj ich ulega zniszczeniu, a w następstwie wytwarza się większa ilość barwika sprawiającego wyższy stopień żółtaczki.

Jeśli stosunek nagromadzonego barwika do sił i dróg wyprowadzających jest proporcyjonalny, żółtaczka nie powstaje, lecz ta dzielność fizyjologiczna jest rzadkością, i dzieci takie najwięcéj przybierają na wadze. Jeśli zaś drogi wydalające są niedostateczne, powstają zaburzenia, których następstwem jest żółtaczka zwykle przebiegająca bez złych następstw. Przy wielkim niestosunku dróg wydalających do ilości barwika lub też przy takich zaburzeniach w organizmie, które sprawiają nadmierne niszczenie czerwonych ciałek krwi, powstaje żółtaczka, mająca znaczenie groźne. Tak pojmuje Porak żółtaczkę noworodków.

Ajtyjologija téj choroby jest jeszcze ciemną: już od dawna stwierdzono, że u podrzutków jest ona częstszą i cięższą, aniżeli w zakładach położniczych. Ubóstwo fizyjologiczne dzieci znalezionych jest najprawdopodobniéj przyczyną zboczeń w przeobrażeniach ciałek czerwonych krwi, które prowadzą do żółtaczki; do téj saméj kategoryi zaliczyć należy częstość i wysoki stopień żółtaczki u noworodków przedwcześnie lub nieprawidłowo (Kehrer) urodzonych.

Autor kończy następującemi twierdzeniami: jest dwojaka żółtaczka noworodków, jedna właściwa temu wiekowi, druga taka jak w wieku dojrzałym. Żółtaczka noworodków bywa hemafeinową i bilifeinową: pierwsza ma dwie postacie: *a)* zwyczajną ($^8/_{10}$) i *b)* groźną. Żółtaczka bilifeinowa polegająca na ważnych zmianach w wątrobie lub jéj naczyniach jest zawsze groźną, lecz spostrzega się stosunkowo rzadko. Istota żółtaczki hemafeinowéj polega na nieprawidłowościach w przeobrażeniu krwi, i na następowém gromadzeniu się barwika krwi, w skutek wielkiego niszczenia się czerwonych ciałek; barwik ten przechodząc skalę ukwaszeń nie dosięga stopnia barwika żółciowego i moczowego, wytwarzając hemafeinę; podwiązanie opóźnione pępowiny, przysparzające prawdopodobnie nadfizyjologiczną ilość czerwonych ciałek krwi ustrojowi noworodka, pomnaża ilość hemafeiny, i dlatego przy téj metodzie podwiązywania żółtaczka noworodków nie tylko jest częstszą, lecz i silniejszą co do stopnia zabarwienia.

Prof. Lewin: **Kamienie napletkowe.**

Na posiedzeniu lekarskiém w Charité L. miał wykład o ajtyjologii i sposobie powstawania kamieni napletkowych

przedstawiając równocześnie okazy zebrane z własnéj praktyki i z muzeum anat. patol. Virchowa i przytaczając kilka przypadków. Pierwszy dotyczył 43-letniego kupca, silnie zbudowanego, skarżącego się na wzmagające się przypady utrudnionego moczenia, które w ostatnim czasie tylko kroplami się odbywa, i to z wielką trudnością, albowiem chory musi ustawić ujście napletkowe w położeniu odpowiadającém ujściu cewki moczowéj a nasuwające się przy téj manipulacyi ciało twarde usunąć. Nie spółkował od kilku lat; wzwód prącia i pomazania bardzo rzadkie. Stulejka (*phimosis*) w wysokim stopniu z bardzo wąskiém ujściem napletkowém; po obu stronach więzadełka kilka twardych ciał wysuwalnych. Operacyja stulejki, wydobycie 6 skamieniałości luźno w woreczku napletkowych będących, tuż przy ujściu cewkowém. W rowku zażołędziowym znajdowała się znaczna względnie ilość mas kruchych, białawych, serowatych.

Drugi przypadek dotyczył 28-letniego mężczyzny, zdrowego, żalącego się na niezdolność płciową, od 8 tygodni żonatego, a który przedtém według opowiadania nigdy nie spółkował; wzwód i pomazania dawniéj zdarzały się wprawdzie, w ostatnim czasie jednak rzadko bardzo a i to bolesne. Stulejka wrodzona w znacznym stopniu z bardzo wąskiém ujściem napletkowém. Przez zgrubiały napletek wyczuwalne twarde masy. Operacyja stulejki, wydobycie skamieniałości, znachodzących się w kieszonkowatych zrostach między żołędzią a napletkiem. Chory obecnie jest ojcem dwojga drobnych dzieci, których rysy twarzy świadczą o ich prawém pochodzeniu.

Trzeci przypadek zdarzył się u robotnika 42 lat mającego, słabo zbudowanego. Przy badaniu wzięto stwardniałości wyczuwalne na wewnętrznéj powierzchni napletka za kiłowe. Operacyja stulejki wykazała skamieniałości względnie małe i cienkie. Trudności z przyczyny tychże chory nie miał żadnych.

Wreszcie przytacza L. symptomatologiję, ajtyjologiję i patogenezę tegoż cierpienia w krótkości. Kazuistyka datuje się od roku 1760, przypadków znalazł w literaturze zaledwie 15 opisanych, co z jego 3ma stanowi 18, a to przemawia za rzadkiém pojawianiem się tegoż cierpienia, co téż Albers na podstawie 15.000 chorych przez siebie obserwowanych a raz tylko spostrzeganych skamieniałości napletkowych, potwierdza. L. znalazł na 35.000 chorych tylko 3 przypadki. W Chinach cierpienie to jest częstszém, a za przyczynę uważają często zdarzającą się stulejkę. Co do ajtyjologii to w wieku od 20—30 lat najczęściéj, u 3 chorych między 60—70 r. życia cierpienie się przydarzyło. Wzmianki i uwagi godnym jest przypadek dotyczący dziecka 2 lata i 1 miesiąc liczącego, u którego 51 kamyków, ważących razem 190 ziarn, znaleziono.

Liczba kamyków wynosiła 1—10 i 38—63. Ciężar od 2½ grm. do 225 grm. Wielkość rozmaita, grochu, bobu; jeden kamyk (Zahn) był 29 mm. długi, 26 mm. szeroki, 22 mm. gruby, objętość zatém wynosiła 9 cm.

Co się tyczy genezy tego cierpienia, to istnieją rozmaite sposoby zapatrywania. Voigtel przypuszcza, że konkrementa napletkowe pochodzą z pęcherza a przeszedłszy przez cewkę moczową więzgną w skutek zwężenia ujścia napletka. Albers twierdzi, że pochodzą z błony śluzowéj żołędzi i napletka w skutek anormalnego ich stanu i ich wydzieliny, przedłużenie zaś i zwężenie ujścia pociąga za sobą powiększenie i zatrzymanie wydzieliny, w skutek czego wytwarzanie się stwardniałości przychodzi do skutku. Römer zaś zapatruje się w ten sposób na powstawanie cierpienia: kamyki pochodzą z samego moczu, który przy zwężonym napletku tylko powoli i kroplami odpływa, przez dłuższy czas między żołędzią a napletkiem się zatrzymuje, tutaj ziębnie i w ten sposób najprzód sprawia osad a następnie kamienie. Lewin na podstawie własnych i innych ogłoszonych przypadków dochodzi do wniosku, że wszystkie 3 rodzaje tłumaczenia mogą mieć słuszność za sobą. Co do pierwszego, tj. powstawania kamieni napletkowych z wydzieliny samych gruczołów (*smegma*), to anatomiczna budowa wewnętrznéj powierzchni napletka tłumaczy możebność a zarazem rzadkie ich powstawanie. Gruczoły łojowe w rowku żołędziowym, zwłaszcza na przejściu żołędzi w napletek, znajdują się w znacznéj liczbie i różnią się jednak od gruczołów łojowych na innych częściach ciała tak swą anatomiczną budową, jako téż wydzielina ich składem chemicznym; tworzą one proste zagłębienia, kształtu gruszkowatego lub butelkowatego i stają się tym sposobem podobnemi do płodowych gruczołów łojowych. Bardziéj skomplikowanéj budowy nie posiadają, wewnętrznie mają więcéj cechę przyskórkową a nie przybłonkową; wprawdzie znachodzą się w nich drobiny tłuszczu, ale rzeczywistych kropel tłuszczu nie ma. Odpowiednio temu posiadają więcéj stałych kwasów tłuszczowych, jak margaryn, palmityn, aniżeli płynnych olejów i dlatego też wytwór tychże gruczołów ma cechę bardziéj podobną do mazidła niżeli oleju, a to ze względu na swoje przeznaczenie, a mianowicie: aby wewnętrzną powierzchnię napletka i żołędzi w ten sposób pokryć tłuszczem, aby podczas spółkowania nie tak łatwo powstać mogły pęknięcia tychże. Jeżeli więc do tego przymięszają się warstwy przyskórka, to masy takie skupiają się razem i tworzyć mogą skamieniałości napletkowe. Wygląd tychże, jeżeli przez dłuższy czas pozostawały na wolnéj powierzchni, staje się bardzo podobnym do uschniętych rodzynków; świeże są więcéj białawe i miękkie, niekiedy kształtu muszelki z wklęsłością i wypukłością, odpowiednio powierzchni żołędzi i napletka, bez woni. Mikroskopijna budowa odpowiada kształtem budowie komórek przyskórka. Bakteryj L. nie zauważył. Skład chemiczny: tłuszcz, wolne kwasy tłuszczowe i sole wapniowe. Kwasu moczowego i fosforowego nie znaleziono, lecz cholestearynę i wapno (w zbiorze strasburskim).

Drugi sposób powstawania (tj. powstawanie rzeczywistych kamyków moczowych w skutek osadzania się z nagromadzającego się moczu w woreczku napletkowym), tłumaczą te same warunki, jakie i wytwarzaniu się tychże w samym pęcherzu sprzyjają: zatrzymywanie małych ilości moczu, osadzanie soli moczowych i tychże inkrustowanie. Jądro takich kamyków stanowi zgęszczone smegma i śluz, w rzadkich przypadkach piasek moczowy, a nawet mały kamyczek pochodzący z pęcherza może stanowić ich jądro (Bardeleben).

Skład chemiczny: jeżeli mocz kwaśny, to tylko kwas moczowy, moczany i szczawijan wapniowy, jeżeli zasadowy, to fosforany trójzasadowe i moczan amonowy osadzają się. Są także formy mięszane. Utwory w ten sposób powstałe są cięższe od tamtych, twardsze, i żółtawéj barwy; kształt odpowiada zazwyczaj anatomicznéj budowie ich miejsca powstawania, mniejsze kamyki są wielokątne z kątami zaokrąglonemi.

Sposób trzeci nareszcie powstania przedstawiają kamyki pochodzące wprost z pęcherza a uwięzgnięte w worku napletkowym. Rhind opisuje przypadek u mężczyzny cierpiącego na stulejkę w wysokim stopniu, tak że zaledwie główka

od szpilki wprowadzoną być mogła. Znaleziono przy operacyi kamień wielkości bobu mający wygląd kamienia pęcherzowego, zasiany ziarnkami, bardzo twardy i kształtu owalnego, dźwięk ostry wydający. Chory cierpiał na przypady kamicy. Tutaj zalicza L. przypadek, w którym u dziecka znaleziono 51 kamyków cztero i pięciokątnych, bardzo gładkich i białych. Liczba ogłoszonych przypadków odnosiła się przeważnie do chorych cierpiących na kamienie pęcherzowe i nerkowe, i to szczególnie u małych dzieci.

W największéj liczbie występuje dysuria, w wyższym stopniu stranguria, a nawet ischuria, co zależy od liczby kamyków i ich jakości, ułożenia, czy w zupełności, czy tylko częściowo lub wcale nie zatykają ujścia. Mogą wywołać w skutek ucisku rzadziéj na żołądź częściéj na napletek nekrozę, zropienie, przetoki, co u kilku chorych miało miéć miejsce; wywierają także wpływ niekorzystny na popęd płciowy i to albo przytłumiający albo podniecający; wywierają bowiem przez ucisk ciągły na nerwy czuciowe i naczynioruchowe, które bardzo obficie znachodzą się na żołędzi, pewien stopień podrażnienia, w skutek czego następuje przeczulica i przekrwienie, które wywołują łatwo u dzieci samogwalt, u dorosłych nadużycie spółkowania; w następstwie w miarę powiększania się rozmiarów i liczby tych kamyków występuje przeciwny skutek: znieczulenie i niedokrewność; krążenie w ciałach jamistych zostaje utrudnionem, dzielność i wzwód zmniejszone.

Radykalne leczenie polega zatém na operacyi stulejki i wydaleniu ciał obcych.

Z anatomii patologicznéj porównawczéj wiadomém jest, że u koni, świń, zdarzają się w ślepych kieszonkach napletka kamienie, a jako przyczyna uważane bywa zatrzymywanie i osadzanie się moczu w tychże, kamyki te są najczęściéj owalne, u koni często 2—3 cali długie, a 1 cal grube, u świń dochodzą wielkości orzecha laskowego aż do włoskiego. (*Berl. klin. Woch.* 1879. Nr. 13 i 14). *Kra.*

Dr. Mader: **Przyczynki do terapii.**

I. Wronie oko w zawrocie. Pomijając zawrót fizyjologiczny, wspomina Mader pokrótce o chorobowym zawrocie, który jest tylko przypadem, a którego przyczyny szukać należy w samym mózgu, częściéj zaś w móżdżku i tylnych pęczkach rdzenia pacierzowego. Doznający zawrotu traci równowagę, a zdaje się mu, jakoby się obracał, albo też jakoby się jego otoczenie obracało naokoło niego, gdyż zawrót polega na zmianie chorobowéj czucia a szczegółowo czucia ruchu. Mader rozróżnia przypadki zawrotu: 1) takie, w których cała sprawa odbywa się pierwotnie w sferze czucia, a następowo poniekąd zwrotnie w sferze ruchu, jak obracanie, chwianie się itp: dochodzą tu naszéj świadomości chorobowo zmienione wrażenia czucia o położeniu naszego ciała względem otoczenia, jakoteż pojedyńczych części względem siebie; 2) takie, w których chorobowa podnieta w dziedzinie ruchu jest pierwotnym objawem, jak to ma miejsce w zawrocie żołądkowym *(vertigo a stomacho laeso)*, a bezwiednie powstałe, chociażby bardzo słabe czynne ruchy, dochodzą naszéj świadomości jako bierne. Powstała ztąd różnica wrażeń jest powodem zawrotu, gdy uważamy otoczenie jako poruszające, a ciało jako poruszane.

Pewném jest, że zawrót jest nerwicą czuciową, a mianowicie zaburzeniem w czuciu ruchów. Mader tedy, opierając się na przypuszczeniu Lichtenfelsa, że wronie oko działa na ośrodki ruchowe, podawał chorym wyciąg wroniego oka w 26 przypadkach zawrotu głowy, towarzyszącego innym zmianom chorobowym, a w większéj liczbie przytoczonych przypadków zawrót bezpowrotnie ustąpił. Dawka dzienna wynosiła 0,10—0,20 na 2 razy podanych. Skutek zwykle w kilku dniach był widocznym a następstw szkodliwych przy użyciu w mowie będącego leku wcale nie było.

II. Atropin w potach. Oparty na kilkoletniém doświadczeniu zaleca podawanie atropinu w potach, pojawiających się w zimnicy, w wypocinie opłucnowéj, gośćcu i suchotach. Nie przecząc, że poty są objawem wzmożonéj czynności wydzielania gruczołów potnych, upatruje przyczynę wzmożenia się tejże czynności w ośrodkach nerwowych, prawdopodobnie naczynioruchowych, w nerwicy naczynioruchowéj. Atropin uważa on jako środek przeważnie ową nerwicę usuwający i zaleca podawanie go przed mającemi pojawić się potami. Nie tając wcale, że lek w mowie będący często zawodzi u suchotników, zaleca przecież podawanie go, gdyż liczba pomyślnych skutków jest dosyć znaczną. Przepisuje go w rozczynie 0.01 na małą ilość wody, zalecając roztworzyć go 10 łyżkami wody, przez co łyżka takiego rozczynu zawiera 0.001 atropinu. Do wstrzykiwań podskórnych 0.01 na 10.00 a strzykawka Pravaza zawiera 0.001 atr.

III. Podofylin. Jest to wyskokowy wyciąg sproszkowanego korzenia północno-amerykańskiéj rośliny, zwanéj *podophyllum peltatum*, biedrzyga tarczowata, używany w Ameryce jako środek czyszczący. M. zauważył, że do sprawienia 2—3 wypróżnień bez boleści (Phillips twierdzi, że są bolesne), w przeciągu 12 godzin wystarcza 0.06—0.08 biedrzyżnika, który działa podobnie jak czyśćce żywiczne na początek jelita grubego, a skoro go nie wiele trzeba użyć dla osiągnięcia skutku, to też przyjemniejszym jest do zażycia, niż inne środki czyszczące. Phillips zaleca biedrzyżnik w małych dawkach: 0.005—0.01 w połączeniu z tojadnikiem *(akonityn)* w zapaleniu żołądka i jelit, a nawet i w biegunce i opadzie rżyci u osesków i małych dzieci, w dawce 0.003 2 razy dziennie (Waldenburg str. 563).

IV. Fenol i kreozot w gruźlicy. Autor nie przeczy, że przy użyciu namienionych leków gorączka się zmniejsza, ale koniecznie pomyślnych skutków właśnie po użyciu tych leków nie widział. (*W. med. Blätter* 1879, Nr. 8—11, 13, 14, 16, 17). *Dr. M. Kramarzyński* (w Brzesku).

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie VIIme z dnia 14go maja 1879 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 12.

1) Przewodniczący składa do biblijoteki Komisyi baln. kilka nadesłanych czasopism i broszur, oraz zawiadamia, że Dr. St Ponikło przystąpił do Komisyi balneologicznéj.

2) Dr. Skórczewski odczytał uwagi nad stacyjami klimatycznemi w Arco i Wenecyi. Praca ta ma być drukowaną w czasopiśmie warszawskiém „Zdrowie".

3) Prof. Dr. Olszewski zdał sprawę z rozbioru chemicznego dwóch zdrojów dotąd niebadanych, mianowicie jednego w Muszynie, drugiego w Szczawniku. Według rozbioru tego woda ze zdroju Muszyńskiego tak własnościami swemi jak składem chemicznym bardzo zbliżoną jest do wody krynickiéj: woda zaś

ze zdroju w Szczawniku, należąca do wód słabo alkalicznych, podobną jest do wody ze zdrojów we wsi Słotwinie, której rozbiór prelegent podał był na poprzedniém posiedzeniu.

4) Tenże podał wyniki rozbioru chemicznego kołaczyków igliwijowych wyrabianych w Jaworzu. Kołaczyki te, odznaczające się przyjemnym smakiem i wonią pochodzącą od olejku gruszkowego, składają się w główněj części z miałko roztartego cukru, zarobionego małą ilością wody na gęstą masę, do której dodano bardzo małą ilość olejku igliwijowego lub wyciągu z igliwija. Wartość lecznicza kołaczyków jest nader podrzędna, gdyż na całe pudełko kołaczyków przypada może zaledwie pół kropli olejku igliwijowego, który tu ma być głównym składnikiem leczniczym. W dyskusyi nad tym przedmiotem zwraca uwagę Przewodniczący, że w takim razie skład kołaczyków bynajmniéj nie usprawiedliwia własności przypisywanych im na etykiecie, podług któréj mają one być dzielnym środkiem przeciw licznym chorobom narządu oddechowego.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Sekretarz *Dr. Smoleński.*

Komisyja sądowolekarska Tow. Lek. Krak.

Posiedzenie III z dnia 30 maja 1879.

Przewodniczący prof. Blumenstok; członków obecnych 14.

1) Przewodniczący wita obecnych po raz pierwszy na posiedzeniu Komisyi członków proff. Czyrniańskiego i Zatorskiego i oznajmia, że Dr. Reifer z Dzikowa na życzenie swoje zaliczonym zostaje w poczet członków Komisyi.

2) Prof. Rydel w dłuższym wykładzie miał rzecz o wykrywaniu symulacyi ślepoty i niedowidzenia w sposób zajmujący i pouczający, objaśniony doświadczeniami. (Wykład ten w całéj osnowie drukuje się obecnie w Przegl. Lek.)

W dyskusyi zabierali głos koll. Żuławski i Wilkosz. Pierwszy wspomniał o trójgranach kolorowych jako o środku łatwo przekonywającym symulantów; ostatni podnosi okoliczność, że symulant twierdzić może, iż na oba oczy niedowidzi, a w szczególności, że np. na jedno oko bardzo mało widzi, podczas gdy drugie ma nieco tylko tępsze; zapytuje się tedy, jak postąpić winien w takim razie lekarz badający. — Prof. Rydel odpowiada, że symulacyja tego rodzaju bardzo rzadko się wydarza, a gdyby się zdarzyła, to zwykłe sposoby badania najczęściéj wystarczą do wykrycia przesady. — Przewodniczący dziękuje wykładającemu za pouczający wykład, tém cenniejszy, o ile w najlepszych nawet dziełach specyjalnych rzecz nie jest traktowaną tak dokładnie i wyczerpująco. Prof. Arlt w pięknéj rozprawie o uszkodzeniach oka zaledwie przedmiotu tego dotyka; dlatego wykładający oddał rzetelną usługę lekarzom sądowym, zestawiwszy im w sposób jasny wszystko, co dla nich w praktyce okazuje się potrzebném.

Na tém dla spóźnionéj pory posiedzenie zamknięto.

Dr. Kralczyński, sekretarz.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Wspomnieliśmy w numerze przeszłym o okólniku Wydziału stowarzyszeń lek. austr. w sprawie zbliżających się wyborów do Rady państwa. Smutna jest zaprawdę dola nie tylko zawodu lekarskiego, ale wszystkich spraw tyczących się zdrowia ogólnego, skoro w Radzie państwa zasiada jeden lekarz (przynajmniéj słyszymy tylko o jednym, Drze Roserze, odzywającym się od czasu do czasu), a w Węgrzech na 600 deputowanych zaledwie 3 znajduje się lekarzy. Ztąd to pochodzi, że organizacyja sanitarna za czasów ministerstwa Giskry tak niefortunnie wypadła, ztąd za ministerstwa Lassera i ta organizacyja po części jeszcze na niekorzyść lekarzy mogła być zmienioną, gdy minister ten opierając się na smutném położeniu zawodu naszego bez narażenia się na opozycyję mógł oświadczyć, że ręczy za to, iż lekarzy zawsze znajdzie, — ztąd to pochodzi, że we Węgrzech pomimo sprzeciwiania się ministra takiego, jakim był Eötvös, Izba poselska zgodziła się na utworzenie w Budapeszcie klinik dla homojopatów, że tamże w ostatnich czasach przeszła prawdziwie drakońska dla lekarzy ustawa itd. itd. Celem zapobieżenia złemu na przyszłość wypadałoby wybrać po kilku dzielnych lekarzy do reprezentancyj krajowych i państwowych, którzyby w danym razie nie tylko umieli bronić stanu i zawodu naszego, ale mogli także wziąść inicyjatywę w rozmaitych kwestyjach sanitarnych. Nie potrzeba wcale wielkiéj mądrości, aby uznać środek ten za jedynie do celu pożądanego prowadzić mogący. W zastósowaniu jednak środka napotykamy liczne trudności. Przedewszystkiém trudność tkwi w saméj istocie zawodu lekarskiego. Jakkolwiek nie wątpimy wcale, że znaleźliby się lekarze, którzyby nie tylko zawód swój, ale kraj i państwo godnie i skutecznie reprezentować mogli w Sejmie i w Radzie państwa, to jednak nie każdego lekarza uzdolnionego do sprawowania ważnych tych obowiązków stać na wydalenie się z miejsca, w którém praktykuje i pracuje, bo wydalenie się takie znaczy tyle, co narazić się na utratę praktyki i nie mieć chleba za powrotem. Ofiary takiéj stan nasz mógłby żądać chyba od tych kolegów, którzy mają stanowisko pod względem finansowym niezależne, a przedewszystkiém powinni ubiegać się o krzesła poselskie koledzy praktykujący w siedzibach reprezentancyj, a więc Lwowianie i Wiedeńczycy. — Jeżeli jednak trudność ta dałaby się jeszcze usunąć w sposób właśnie namieniony, to przeciw innéj, nierównie większéj, jednostki lekarskie są całkiem bezbronnemi. Mamy na myśli niechęć i nieufność do stanu lekarskiego z jednéj, a posądzanie nas o materyjalizm, ateizm i Bóg wie jeszcze o co z drugiéj strony; jedni nas uważają za bardzo niebezpiecznych, drudzy przeciwnie za nieudolnych do reprezentowania miasta lub kraju, a jedni i drudzy o kandydaturze lekarza nawet wtedy słyszeć nie chcą, gdy się rozchodzi o sprawy, co do których lekarz jest najkompetentniejszy, np. o sprawy szpitalne. Przeciw takiemu uprzedzeniu trudno walczyć jednostkom, bo każdego wysuwającego się naprzód posądzają w najlepszym razie o ambicyję nieuzasadnioną, tak, jak gdyby ta najniewinniejsza z namiętności była wyłącznym atrybutem stanu lekarskiego. W obec jednéj i drugiéj trudności tylko wystąpienie zbiorowe mogłoby być skuteczném, i dlatego mamy za złe Wydziałowi stowarzyszeń lek. austr., że zawczasu nie wziął się energicznie do dzieła, i nie rozpoczął agitacyi przedwyborczéj głównie od Wiednia. Okólnik Wydziału, o którym wspomnieliśmy, w obec daleko posuniętego już ruchu wyborczego jest zdaniem naszém spóźniony, i już jako taki bezskuteczny; nadto Wydział odwołując się do samopomocy jednostek w téj sprawie, (a przyznajemy, że sprawa ta ze wszystkich ciążących na nim była najważniejszą), poprostu abdykuje, a jeżeli wysłał okólnik, *ut aliquid fecisse videretur*, to mimo to nie zasłoni się przed słusznym zarzutem, że spaczył sprawę, któréj bronienie było jednym z najważniejszych jego obowiązków. Lekarzom zaś austryjackim pozostaje smutne przeświadczenie, że pomimo wszystkich stowarzyszeń, wieców i wydziałów „nic się nie zmieniło, tylko nieco więcéj ku starości pochyliło."

* Tenże Wydział stowarzyszeń lek. austr. wystósował petycyję do p. ministra sprawiedliwości w sprawie zmiany taryfy należności dla lekarzy sądowych. Wiadomo, że taryfa z r. 1855, sama przez się wadliwa, zmienianą została późniejszemi rozporządzeniami i zawsze na niekorzyść lekarzy sądowych. Przeciw tym zmianom Tow. lekarskie nasze po dwakroć wystósowało podania do ministerstwa, każdym razem bez skutku. Na ostatniém wiecu stowarzyszeń lek. austr. Towarzystwo lekarzy galicyjskich przedłożyło memoryjał w téj sprawie, nader szczegółowo i dokładnie opracowany i drukiem ogłoszony przez Dra Różańskiego. Wydział wspomniony powołuje się na ten memoryjał i prosi o przedłożenie go pod ocenę ankiety, składać się mającéj z sędziów, urzędników administracyjnych, lekarzy i chemików; następnie prosi szczegółowo o zniesienie rozporządzeń ministeryjalnych z d. 31 marca 1859 r., 22 listopada 1870, 22 grudnia 1870 i 8 lutego 1876 i o postawienie na równi pod względem honoraryjum za czynności sądowolekarskie chirurgów z lekarzami.

Jakkolwiek nauczeni doświadczeniem nie rokujemy powodzenia petycyi powyższéj, to jednak przyznać należy, że takowa bardzo była na czasie; uderza nas atoli znów ta okoliczność, że do odwołania się do memoryjału Towarzystwa lekarzy galicyjskich Wydział potrzebował aż dwóch lat!

* Gdy namiestnictwo w Tryjeście doniosło ministerstwu

spraw wewnętrznych, iż w szynkach wieprzowych, osobliwie przodkowych, które w wielkiéj ilości przychodzą z Ameryki, znaleziono kilkakrotnie trychiny, przeto ministerstwo rozporządzeniem z dnia 21 maja nakazało, aby bez względu na rewizyję szynek takich w Tryjeście odbywaną poddawano je ścisłemu zbadaniu w tych także miejscach, dokąd te szynki przesyłane bywają.

* Sąd krajowy pruski w Trewirze wyrokiem z d. 3 maja rb. skazał radzcę sanitarnego i fizyka obwodowego Dra Fryd. Koniga na zapłacenia 600 marek i kosztów procesu z powodu, że dziecko skutkiem szczepienia jego uległo kile. W Łycku zaś (w Prusiech wschodnich) radzca sanitarny Dr. Dorien skazany został na grzywnę 1000 marek z powodu uszkodzenia cielesnego wywołanego szczepieniem nieodpowiedniém. *(W. med. Woch.)*

Statystyka epidemij. Ospa w Londynie nasiliła się w bieżącym tygodniu, umarło 11, leczy się w szpitalach 226, zachorowało świeżo 48. Także i w Budapeszcie umarło więcéj (13); mniéj w Paryżu i Petersburgu (21). Po 1 przypadku śmierci wydarzyło się w Pradze, Odessie, Barcelonie, Genewie, Warszawie i Lisabonie, sporadycznie pojawia się dur osutkowy w Budapeszcie i Bukareszcie.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 23 (od 1 do 7 czerwca) umarło w Krakowie osób 44; w obwodach 25, w szpitalach 19; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 40,5. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 5: z ospy 1, z błonicy 2, z duru brzusznego 1, z gorączki połogowéj 1, z czerwonki 1. Doniesiono w 24 tygodniu o następujących przypadkach chorób zakaźnych: 1 duru brzusznego z Krowodrzy, 1 czerwonki (zkąd?). *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 19 czerwca. Ministerstwo oświaty potwierdzając akt habilitacyi docenta psychijatryi udzieliło zarazem Wydziałowi lek. we Wiedniu nagany, z powodu, że przy ocenianiu aktów habilitacyjnych nie postępuje z większą surowością. Szanując antonomiję uniwersytecką Ministerstwo nie naruszyło orzeczenia wydziału, ale zwróciło jego uwagę na to, że postępowanie jego dotychczasowe nie jest zbawienném. Przeszło 50 docentów wykłada lub nie wykłada na wydziale tym, podczas gdy liczba słuchaczów zmniejsza się z każdym rokiem. Jedni docenci przez rok cały nie mają wcale słuchaczów, drudzy nie mają znów materyjału, a nie znajdując go w uniwersytecie szukają go po za nim, a ztąd powstały przykre starcia między wydziałem a poliklinika. Równocześnie Ministerstwo zarządziło, aby docent, który przez 3 — 4 półroczy nie wykłada, pozbawiony został prawa wykładania.

* Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w roku bieżącym w Baden-Baden odbyć się mający będzie bardzo zajmującym — dla psychijatrów. Prof. Jaeger w Sztutgarcie ogłasza bowiem, że odkrył duszę, i że ją na Zjeździe „z rękami i nogami matematycznie skrępowanemi demonstrować będzie *ad oculos, ad nares et ad manus*." Gdy cesarz Franciszek I. w r. 1801 zakazał wykładów Galla o frenologii, w piśmie swojém do hr. Łazańskiego wystósowaném pomiędzy innemi wyraził obawę, że w skutek téj nauki o głowie niejeden prawdopodobnie własną głowę może postradać. Uzasadnienie to trafne mimowolnie nasuwa nam się na myśl o zapowiedzianym występie prof. Jaegera; obawiamy się rzeczywiście o duszę, ale nie o tę duszę, którą uczony niemiecki przedstawi ad manus et nares w pętach matematycznych, lecz o duszę wykładającego!

* Według nadesłanych nam wykazów w Cieplicach czeskich do dnia 12 bm. było gości 2605, w Giesshüblu zaś 12, a w Krynicy osób 90.

* **Warszawa**. Dn. 10 bm odsłonięto pomnik grobowy śp. Polikarpa Girsztowta w kościele św. Krzyża.

Dn. 15 bm. rzeczywisty radzca stanu Seifmann, dyrektor zakładu weterynarskiego w Kazaniu, bronił publicznie rozprawy p. t. „Trychiny i choroba trychinowa", celem otrzymania stopnia doktora medycyny. Oponentami byli: prof. Wislocki i prosektor Przewóski.

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. Huxley w Londynie wybrany został członkiem koresp. akademii umiejętności w Paryżu (w sekcyi anatomii i zoologii). — Dr. G. Catti, asystent prof. Schröttera w Wiedniu mianowany został prymaryjuszem oddziału lek. w Rjece.

* **Wiadomości osobowe**. Drowie Haszczyc i Ziemiański wybrani zostali członkami Rady powiatowéj przemyskiéj.

* **Nekrologija**. W Berlinie umarł Dr. Ludwik Sachs z Halberstadtu, znany jako sprawozdawca ze Zjazdów niemieckich lekarzy i przyrodników oraz przewodniczący sekcyi higijenicznéj na tychże zjazdach. — W Londynie umarł nagle z choroby sercowéj znakomity dermatolog Dr. Wilhelm Tilbury Fox w 43 roku życia. — W Wiesbadenie umarł Dr. Karol Neubauer, autor dzieła o rozbiorze moczu.

W Głogowie (pow. Rzeszowski) umarł 7 kwietnia rb. Dr. Mikołaj Lisowski, niegdy asystent prof. Brodowicza w Krakowie, licząc lat 66; w Rzeszowie zaś umarł 14 bm. Dr. Marceli Pedenkowski, prymaryjusz szpitala powszechnego w 53 roku życia.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich**:

W *Medycynie* Nr. 24: Gajkiewicza: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.); Szukiewicza (z Charkowa): Choroba zagadkowa panująca w powiecie Nowo-Urieńskim w r. 1877; w *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 12: Janikowskiego: Uwagi o odwietrzaniu czyli desinfekcyi pościeli i odzieży; Tegoż: Śmierć z zagardlenia, a nie z powieszenia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 28 czerwca 1879. № 26. Rok XVIII.

I. O wykrywaniu symulacyi ślepoty i niedowidzenia.

Podał Prof. **Lucyan Rydel.**

(Podług wykładu mianego na posiedzeniu komisyi sądowo-lekarskiéj Tow. lek. krak.)

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Po obszerniejszém wyłuszczeniu głównych i najpewniejszych sposobów badania pozostaje mi jeszcze wspomnieć chociaż pokrótce o innych, w ogólności mniéj pewnych środkach, za pomocą których możemy niekiedy, zwłaszcza u mniéj przebiegłych symulantów, wykazać udawanie ślepoty. Schmidt-Rimpler zasłoniwszy oko zdrowe chwyta mocno palec badanego i wzywa go głosem donośnym, aby się weń wpatrywał. Rzeczywiście ślepy uczyni według Schmidta zadość wezwaniu kierując się przytém tak zwaném czuciem mięśniowém, udający zaś ślepotę unikać będzie starannie należytego zwrócenia oka, aby lekarza w błąd wprowadzić. Codzienne niemal doświadczenie uczy atoli, że bardzo wielu, osobliwie od dłuższego czasu, zwłaszcza zaś od urodzenia ślepych, nie jest w stanie wpatrywać się należycie w własny palec.

Kugel (*Archiv f. Ophth.* XVI 1. str. 343) twierdzi, że gdy się przed oboma oczyma umieści szkła jednako zabarwione, z których jedno jest nieprzeźroczyste, badany nie dostrzega zazwyczaj téj różnicy, a chociaż się mu nawet z góry o tém powie, nie zdoła najczęściéj powiedzieć, którém okiem widzi. Opierając się na tém spostrzeżeniu umieszcza Kugel przed okiem zdrowém szkło nieprzeźroczyste, przed rzekomo ślepém zaś przeźroczyste, oba jednako zabarwione, i zapewnia, że w ten sposób wykrywał nie tylko udawanie zupełnéj ślepoty, ale nawet niedowidzenia, gdyż tacy, którzy utrzymywali, że zaledwie palce na małą odległość liczyć potrafią, czytali przez szkło zabarwione najdrobniejsze druki. Kugel zaleca doświadczenie tak uskuteczniać, żeby badanego znienacka spotykało, co się osiąga każąc mu poprzednio patrzeć przez szkła różnie zabarwione ale dla obu oczu przeźroczyste, umieszczając przy doświadczeniu samem oba szkła ile możności równocześnie przed oczyma itd. Próby, które w téj mierze przedsiębrałem, przekonały mnie atoli, że jeżeli szkła umieścimy nawet podczas zamrużenia oczu, badany natychmiast po otwarciu tychże i bez namysłu powiedzieć może, którém okiem widzi; być więc może, że w ten sposób złapie się jakiś symulant prostoduszny i nierozgarniony, ale w ogólności jest on bardzo niepewny. Łatwiéj powieść się może ta próba, jeżeli, jak to w kilku przypadkach uczyniłem, przedsięweźmiemy ją w pokoju zaciemnionym, do którego na znak dany wejdzie ktoś z zapaloną świecą. Badany nie wiedząc wcale, co przed jego oczyma trzymamy, zapytany znienacka o barwę ukazującego się nagle płomienia tém snadniéj zdradzić się może wymieniając barwę szkła, ile że z powodu ciemności panującéj do koła nie ma ani czasu ani możności rozpatrzyć się i połapać, którém okiem płomień świecy widzi.

Ze sposobów podanych przez Cuignet'a (*Rec. de mém. de méd. chir. et pharm. milit. 1870 Avril p. 320.*) wspomnę tylko o jednym, jako bardzo prostym a odznaczającym się mimo to niezaprzeczonemi zaletami. Właściwie jest to sposób Javala, który już na zjeździe okulistów w Heidelbergu w roku 1867 o nim wspomina (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde* 1867, str. 293). Polega on na tém, że jakiś przedmiot podłużny np. linijał, ołówek lub palec trzymany pionowo podczas czytania między oczyma a stronnicą książki zasłania każdemu oku inną część wierszy i z tego powodu nie przeszkadza wcale w czytaniu, jeżeli czytający widzi oboma oczyma. Jeżeli przeciwnie jedno oko jest ślepe, przedmiot przeszkadza w czytaniu zakrywając drugiemu część wierszy tak jakby na nich leżał. Symulant będzie więc mógł przy tém doświadczeniu czytać bez przeszkody, a z wielkości druku i odległości w jakiéj go czyta możemy nawet oznaczyć bystrość wzroku oka rzekomo ślepego.

Berthold (*Klin. Monatsbl.* 1869, str. 300) każe badanemu czytać na głos druk drobny i umieszcza podczas tego przed okiem rzekomo ślepém trójgran z krawędzią równoległą (a jeszcze lepiéj skośnie trzymaną) do kierunku wierszy.

Skutkiem tego padną obrazy różnych wierszy na miejsca jednotne siatkówek i utrudnią albo niepodobném uczynią symulantowi dalsze czytanie, podczas gdy istotnie ślepy na jedno oko nie dozna najmniejszéj przeszkody w dalszém, swobodném czytaniu. Alfred Graefe radzi używać do tego doświadczenia słabych trójgranów od 5° do 2°.

W przypadku podejrzanym o udawanie lub przesadzanie niedowidzenia należy przedewszystkiém zbadać oczy tak zewnętrznie jako też za pomocą oświetlenia ogniskowego i wziernika, aby się przekonać czy nie ma jakichkolwiek zmian chorobowych w środkach łamiących lub na dnie oka, któreby zmniejszenie bystrości wzroku tłumaczyły i podania badanego uzasadniały, pamiętając zawsze o tém, iż mimo braku wszelkich zmian chorobowych wzrok może być przecież nawet w wysokim stopniu upośledzony. Ważnym jest także wzgląd na zachowanie się tęczówki na wpływ światła. Powyżéj powiedziałem, że w ogólności oddziaływa ona tém mocniéj i raźniéj, im wrażliwszą na światło jest siatkówka, mimo to jednak trzeba być bardzo ostrożnym z wyprowadzaniem wniosków co do bystrości wzroku ze stopnia oddziaływania tęczówki, a nawet co do stopnia wrażliwości siatkówki, bo pominąwszy te wyjątkowe przypadki, w których mimo zupełnéj ślepoty tęczówka oddziaływa na światło, winniśmy pamiętać, że ruchy jéj leniwieją z wiekiem, że się bardzo różnie zachowują w miarę różnéj refrakcyi oka, że wreszcie napotykamy pod tym względem niezmierne różnice indywidualne. Szczególną uwagę zwrócić należy przy badaniu na to, czy badany ma zdolność widzenia obuocznego lub nie i przekonać się o tém w sposób już wyżéj podany. Brak téj zdolności przemawiałby za niedowidzeniem jednego oka, bo jakkolwiek nawet znaczne upośledzenie bystrości wzroku nie musi koniecznie sprowadzić jéj utraty, to przecież bywa tak najczęściéj, zwłaszcza w tych przypadkach, w których niedowidzenie jest wrodzone lub w pierwszych latach życia nabyte. Wynika z tego zarazem, że z utrzymania się téj zdolności nie wolno nam stanowczo wnosić, że niedowidzenie jest udaném.

Jeżeli z badania przedmiotowego poweźmiemy podejrzenie, że badany udaje lub przynajmniéj przesadza niedowidzenie będzie naszém zadaniem wykazać rzeczywistą bystrość wzroku. Do tego celu posłużyć nam mogą już próby wzroku przedsiębrane pospolicie gwoli oznaczenia jego bystrości za pomocą skali druków. Każąc odczytywać z różnéj odległości głoski (lub znaki dla niepiśmiennych) z tablic Snellena otrzymujemy przy równych warunkach oświetlenia, nastawienia oka itd. w przybliżeniu ten sam stopień bystrości wzroku. Jeżeli np. ktoś poznaje na 6 metrów Nr. 36, odczyta on na 3 metry głoski lub znaki Nru 18, a na 1 metr Nru 6go, tj. bystrość wzroku równa się przynajmniéj w przybliżeniu $^1/_6$ prawidłowéj. Wyniki takich prób nie muszą być ściśle jednakowe już ze względu na to, że jedne głoski lub znaki są łatwiejsze, inne trudniejsze do poznania, zawsze jednak będą one bardzo zbliżone. Symulant zaś musiałby być chyba bardzo przebiegłym, gdyby odczytując głoski różnéj wielkości z różnych odległości nie uwikłał się w sprzecznościach okazując bardzo różną bystrość wzroku. Dochodząc do granicy bystrości wzroku popełniają badani zazwyczaj te same błędy w rozpoznawaniu głosek, symulant zaś wymienia często głoski nie mające żadnego podobieństwa, albo twierdzi, że głosek mniejszych bezpośrednio następującego numeru wcale nie widzi, chociaż szereg poprzedni rozpoznał jeszcze łatwo i jak najdokładniéj. Przy tém badaniu użyć możemy z korzyścią szkieł wklęsłych i wypukłych, przy czém symulant zdradzić się może podając niestósunkowe zwiększenie lub zmniejszenie bystrości wzroku, a może się nawet wydarzyć, iż przyzna on się do znacznéj poprawy lub poda pogorszenie wzroku w chwili, gdy przed jego okiem umieścimy szkło płaskie, albo jedno wklęsłe a drugie wypukłe (razem złożone) o téj saméj sile łamiącéj.

W razie rzeczywistego zmniejszenia bystrości wzroku szkła skupiające ułatwiają, skutkiem zwiększenia kąta widzenia, rozpoznawanie w pobliżu drobnych głosek lub znaków, które gołe oko tylko z trudnością albo wcale nie rozpoznawało; badany podałby się więc w podejrzenie nie przyznając takiego polepszenia.

Próby wzroku w ten sposób przedsiębrane i należycie urozmaicane nie powinny być nigdy pominięte, a w przypadku udawania lub przesadzania niedośłepu obu oczu są one najstósowniejszym środkiem do wykrycia istotnego stanu wzroku.

Trudniejsze mamy zadanie, jeżeli badany utrzymuje, że okiem rzekomo niedowidzącém drobniejszych przedmiotów poznawać, a więc i czytać wcale nie może. Niekiedy powieść się może wykrycie istotnéj bystrości wzroku następującym sposobem, nadającym się również do wykazania ślepoty udanéj. Zasłoniwszy oko rzekomo niedowidzące oznaczamy refrakcyę i siłę akomodacyjną oka zdrowego. Poznawszy dokładnie położenie jego kresu dali i pobliża wzrokowego z łatwością obliczyć możemy, gdzieby się te dwa kresy znajdowały po uzbrojeniu oka soczewką wypukłą o średniéj sile łamiącéj, np. o sześciocalowéj odległości ogniskowéj. Gdyby, dajmy na to, oko było miarowe, a więc jego kres dali wzrokowéj znajdował się w odległości nieskończonéj, to za pomocą takiego szkła zbliżylibyśmy go do 6 cali, a jeżeliby to oko miało kres pobliża w 4 calach, to przy użyciu szkła byłby on tylko na $2^2/_5$ cala od oka oddalony. Odsłoniwszy następnie oko rzekomo niedowidzące, a umieściwszy przed zdrowém szkło wypukłe każemy badanemu czytać drobne i najdrobniejsze druki skali trzymając zrazu książkę w kresie pobliża i oddalając ją stopniowo do kresu dali wzrokowéj i coraz daléj po za niego, dopóki badany czytać może. Gdyby się pokazało, że badany czyta na odległość większą niż odległość kresu dali wzrokowéj, dowodziłoby to stanowczo, iż czyta okiem rzekomo niedowidzącém, uwzględniając zaś największą odległość, w któréj jeszcze czytał i odległość, w któréj oko prawidłowe ten sam druk rozpoznaje, możemy nadto oznaczyć dość dokładnie bystrość wzroku.

Mówiąc o wykrywaniu symulacyi ślepoty wspomniałem już, że niektóre ze sposobów tam przytoczonych, jak sposób Javala i doświadczenia ze stereoskopem posłużyć mogą zarazem do oznaczenia bystrości wzroku oka rzekomo ślepego, zbytecznem więc byłoby mówić, że użyć ich także można do wykrywania symulacyi lub przesadzania niedośłepu.

Badanie za pomocą trójgrana, podane pierwotnie przez A. Graefego do wyśledzenia symulacyi ślepoty, zmienił później Alfred Graefe (*Klin. Monatsbl.* 1873, str. 481) i zastosował dowcipnie do wykrywania niedowidzenia udanego lub przesadzonego. Zamiast płomienia świecy używa on w tym celu wyrazów lub wierszy wyciętych ze skali druków (najlepiéj Snellena) i przylepionych na kartach białego papieru. Jeżeli udającemu mocne niedowidzenie np. oka lewego umieścimy przed prawém trójgran o 12° do 16° kąta łamania podstawą ku górze, ujrzy on wyraz lub wiersz podwójnie. Wyraz mianowicie lub wiersz niżéj położony odpo-

wiadać będzie oku prawemu bez względu na to, którém okiem badany się wpatruje (*fixirt*), ale wpatrując się naprzemian to jedném to drugiém okiem będzie mógł przeczytać zawsze tylko wyraz odpowiedni, w obranym przykładzie tylko wyraz dolny w chwili wpatrywania się okiem prawém, wyraz górny zaś tylko w chwili wpatrywania się lewém. Jeżeli więc badany zdoła rzeczywiście odczytać wyraz widziany okiem rzekomo niedowidzącém (w przykładzie naszym górny), będzie to dowodzić, że niedowidzenie jest udaném. Najniższy numer skali druków, który badany jeszcze odczyta, posłuży nam z uwzględnieniem odległości do oznaczenia istotnéj bystrości wzroku oka badanego. W celu sprawdzenia, że badany nie odczytał przypadkiem przez pomyłkę wyrazu (dolnego) widzianego okiem zdrowém, podczas gdyśmy go wezwali do odczytania wyrazu (górnego) odpowiadającego oku rzekomo niedowidzącemu, dajemy mu do ręki ołówek, igliczkę lub podobną wskazówkę z poleceniem, aby ją zbliżył do papieru. Gdy ręka i wskazówka ukażą mu się również zdwojone, wezwiemy go, żeby ołówkiem górnym dotknął się wyrazu górnego (który jak przyznał odczytać może), lub aby obok niego napisał jakikolwiek wyraz, a jeżeli czyniąc zadość temu wezwaniu wskaże prawdziwe miejsce wyrazu, będzie to stanowczym dowodem, że istotnie czytał za pomocą oka rzekomo niedowidzącego. Gdyby zaś badany utrzymywał przy tém doświadczeniu uporczywie, że wprawdzie widzi dwa wyrazy, ale że odczytać może tylko dolny (w przykładzie obranym), a na wezwanie, aby się go dotknął skazówką (lub obok niego coś napisał) chybił rzeczywiste jego miejsce, a wskazał je za nizko (o zboczenie zrządzone przez trójgran), przemawiałoby to oczywiście za istotném niedowidzeniem, a to tém wyższego stopnia im wyższego numeru skali druków bylibyśmy do doświadczenia użyli.

Nareszcie wydarzają się przypadki udawania wad refrakcyi, mianowicie krótkowidzenia, którego wysoki stopień uwalnia od służby wojskowéj. Pominąwszy właściwości w budowie oka cechujące, zwłaszcza wyższe stopnie téj wady, może lekarz wprawny w badanie wziernikowe oznaczyć za pomocą tego narzędzia rzeczywisty stan refrakcyi przedmiotowo, niezawiśle od zeznań badanego. Prócz tego posłużą do tego celu próby wzroku ze szklami. Jeżeli szkła wklęsłe poprawiają widzenie w dal, mamy do czynienia ze wzrokiem krótkim, gdyby zaś szkła wypukłe miały ten skutek, dowodziłoby to budowy oka nadmiarowéj.

Młodzi ludzie mogą przez ćwiczenie, osobliwie ze szklami wklęsłemi, nabyć takiéj wprawy w silném akomodowaniu, że tak jak krótkowidze prawdziwi zdołają widzieć w dal lepiéj przez mniéj więcéj mocne szkła wklęsłe. Symulacyję tego rodzaju łatwo wykryć oznaczając wziernikiem refrakcyję. Przez kilkakrotne zresztą zapuszczenie atropinu możemy porazić władzę akomodacyjną i przywrócić pierwotny, właściwy stan refrakcyi.

Jak z powyższego przedstawienia powziąć można, nie zbywa nam bynajmniéj na środkach i sposobach służących do wykrycia symulacyi ślepoty i niedowidzenia, są one owszem bardzo liczne i rozmaite. Rozumie się też samo przez się, że niema wcale potrzeby przedsiębrać w każdym przypadku wszystkich znanych prób i doświadczeń, ale w razie gdyby nas jedno lub drugie z nich zawiodło lub dało wypadek wątpliwy, należy uskuteczniać dopóty inne, dopóki nie nabędziemy stanowczego i niewzruszonego przekonania o istotnym stanie wzroku. W przypadkach udawania ślepoty zupełnéj nie kończy się zadanie nasze na wykazaniu, że badany ma poczucie światła, starać się owszem musimy oznaczyć za pomocą odpowiednich sposobów badania bystrość wzroku, jaką wyposażone jest oko rzekomo zupełnie ślepe.

II. Magnesia borocitrica przeciw kamieniom nerkowym i pęcherza moczowego.

Podał Dr. Koehler z Kościana.

Już na kilka wieków przed Chr. silono się, aby wynaleść środek, któryby był zdolnym umniejszać, rozpuścić kamienie w pęcherzu i nerkach, i niedopuszczał tworzenia się nowych. Hipokrates, Galen, myśleli bezskutecznie o środkach wewnętrznych. Plinijusz pierwszy użył potażu, kazał zażywać zmielone skorupy ślimaków; za nim Paweł z Aeginy dawał wapno z miodem do picia. Avicena, którego przepis był bardzo skomplikowany, w rzeczywistości także zalecał potaż, bo dawał popiół ze spalonego zająca i proszek ze skorup jaj kurzych. Basilijusz wydobywa alkalija z latorośli winnych, a Colijusz w 17tym wieku daje *sal tartari* z odwarem pietruszki. Daniel Sennert zadając te same środki wewnętrznie postąpił o tyle, że i przez cewnik wprost do pęcherza je wlewał. Rivierus, nadworny lekarz królewski we Francyi, dawał czysty proszek ze skorup jaj. W 18tym wieku w Anglii Joanna Stephens sprzedaje rządowi swój środek tajny za 5.000 funtów, który znów głównie zawiera potaż, a który w trzech dawała postaciach: proszki złożone ze spalonych skorup jaj i ślimaków; mięszankę z ziół, z mydła, palonego rogu jeleniego i miodu; pigułki ze skorup ślimaków, nasienia dzikiéj marchwi, głogu, jesionu, łopianu, wszystko na czarną masę spalone z dołączeniem mydła i miodu. Profesor edynburski Whytt prościéj stósował ten środek, zadając tylko mydło pod nazwą Alicanty i każąc pić trzy razy dziennie wodę wapienną.

Wszystkie prawie te środki były trzymane w tajemnicy, wszystkie prawie zasadzały się na potażu. W nowszych czasach Napoleonowi III ofiarował jakiś ubogi wyrobnik środek na kamień, a i ten także zawierał głównie potaż. Przepis bowiem zalecał nalewać wodą popiół z drzewa a cedzoną tę masę wilgotną używać wewnętrznie.

Nim przejdę do środka, o którym pisać zamierzam, wspomnę jeszcze o wodach Vichy, o wodzie bilińskiéj, wodzie mineralnéj w Fachingen, w Gleichenbergu i im podobnych, z których Vichy pod względem działania na zmniejszanie się kamieni stoi najwyżéj. Münch wykazał, że wody te wstrzymują rozwijanie się kwasu moczowego, że więc w ten sposób wstrzymują tworzenie się nowych kamieni; ponieważ jednak znane są przypadki, że po kuracyi w jednéj z tych wód, a przedewszystkiém we Vichy, tworzenie się kamieni ustaje, trzeba przypuścić, że i skłonność chorobowa usunąć się daje. Vichy i jemu podobne wody działają tylko przez węglan sodowy, a więc i tu znów spotykamy się z alkalijami. Mocniejszy i skuteczniejszy środek znajdujemy w pokrewnych alkalijom ziemiach łojkowatych, a nim jest magnezyja i to w połączeniu z kwasem borowym. W nowszym czasie odkryto w Stassfurcie w wielkiéj ilości magnezyję z kwasem borowym, którą nazwano Stassfurtitem. Boracyt albo Stassfurtit daje się łatwo rozpuścić w kwasie cytrynowym, a jako taki działa bardzo dobrze przeciw kamieniom nerkowym i pęcherzowym.

Boracyt zdaje się był już znany Paracelsowi, który

w pierwszéj połowie 16go wieku, w czasach alchemizmu, nadał sztuce lekarskiéj inny kierunek. Jakkolwiek walczył przeciw trzymaniu w tajemnicy środków leczniczych, sam taił się z własnym środkiem. Nazywał on kamień, którego używał przeciw kamicy nerkowo-pęcherzowéj: Ludus albo Cevillus. Van Helmont opisał późniéj i określił bliżéj znaczenie „Ludusa,“ a po nim Berker w rozprawie (*Boracit, Geheimmittel des Paracelsus gegen den Stein. II Aufl. Mühlhausen 1868*) udowodnił, że Ludus jest Boracytem. Becker, który sam się przekonał o skuteczności tego środka, przytaczając kilka historyj chorób poleca go do używania. Długa przedmowa i uwagi historyczne o Paracelsie, które czynią wrażenie reklamy, sprawiły zapewne, że dziełko to z uśmiechem a z szkodą cierpiących porzucono. Od kilku lat używam borocytrynianu magnezyi już to w kamieniach i piasku pęcherzowym i nerkowym, już też w nieżycie pęcherza, a używam go z jak najlepszym skutkiem. Z licznych przypadków bliżéj opiszę pięć, które mogłem dokładniéj spostrzegać.

Sędzia W., kawaler lat 45 liczący, czerstwy i silny, dogadzający sobie w doborze potraw i win. Zastałem go we wielkich boleściach, oblanego potem zimnym. Badanie wykazało, że kamyk nerkowy spuszcza się przez przewód moczowy ku pęcherzowi. Po dwóch zastrzyknieniach podskórnych morfiny i lewatywie ból się uśmierzył. Dwie dawki *magnesiae borocitr.* zadałem zrazu, zalecając dalsze zażywanie co 2 godziny. Po 3ch prawie godzinach uczuł chory, oddając mocz, silny ból w prąciu, poczém odszedł kamyczek wielkości pół grochu okrągłego o powierzchni chropowatéj, koloru brudno-żółtego. Prócz tego było jeszcze w naczyniu dużo piasku. Pod mikroskopem przedstawiał się najdrobniejszy piasek w kształcie osełek do ostrzenia kos, a zatém kryształki kwasu moczowego. Kamyczek sam włożony w nasycony roczyn *magnesiae borocitr.* rozpadł się w przeciągu tygodnia, przedstawiając się jako drobny piasek. Odtąd chory używał tego środka przez pół roku 3 razy dziennie, podług poniżéj podanego przepisu, a mocz często badany nigdy już piasku a tém mniéj większego kamyczka nie wykazywał. Przez trzy lata następne nie pojawiły się żadne objawy.

Przejeżdżający podróżujący kupiec S., silny mężczyzna, którego wyglądanie zdradzało, że nadużywa napojów wyskokowych, a który już kilka razy w skutek kamieni nerkowych cierpiał największe bóle, dostał podobnego napadu w hotelu. Boleści były bardzo mocne, tak że chociaż minęły po 3 godzinach, był zmuszony pozostać w miejscu przez 3 dni, brał przez te 3 dni co 3 godziny łyżeczkę proszku i odeszła w skutek tego spora ilość piasku i drobnych kamyczków, a i ten piasek pod mikroskopem dawał obrazy osełek. Uwolniony od bólu wzmocniwszy się odjechał, poczém listownie mi doniósł, że mu jest zupełnie dobrze; w pół roku zaś potém, kiedy znów przejeżdżał, przekonałem się, że w moczu ani śladu piasku nie było. I ten chory używał środka tego, który sobie ztąd sprowadzał, przez 4 przeszło miesiące.

Trzeci przypadek także świadczy bardzo o skuteczności środka. Sędzia M., dobrze odżywiony i mocno zbudowany, lat 40 liczący, spostrzegł, że w naczyniu często znajduje się piasek, przytém jednak nie miewał nigdy bólu, tylko czasem parcie na mocz. Mikroskop wykazał, że i w tym przypadku był osad z kwasu moczowego. M. używał środka tego przez $2^1/_2$ miesiąca, a przestał już od dwóch lat; przez cały ten czas ani razu piasku już nie znalazłem.

P. obywatel wiejski, lat 50 liczący, zawsze zdrów, zauważył od dość długiego czasu piasek znajdujący się w moczu, ile razy takowy do naczynia oddawał. Czasem tylko uczuwał lekki ból, przebiegający wzdłuż brzucha ku pęcherzowi a oddawanie moczu sprawiało mu nieraz boleści w członku. Chwilami uczuwał nieznośne świerzbienie i palenie w żołędzi. Piasek ten przedstawiał się jako kwas moczowy. Po dłuższém zażywaniu *magnesiae borocitr.* piasek zupełnie ustąpił.

Kupiec D. żyjący bardzo skromnie, wieku 59 lat, zdrów i silny, już przed 6ciu laty uwolnił się był od kamyczka. Przed rokiem boleści w okolicy pęcherza znów się pojawiły, prąd moczu przerywał się, po użyciu środka przez tydzień odszedł mu kamyczek długości 1,5 cm. obwodu prawie 2 cm., walcowaty, o gładkiéj powierzchni, barwy żółtawo-brunatnéj. Równocześnie oddał także nieco piasku. Zażywał jeszcze środek wzmiankowany przez 2 miesiące, do tego czasu nie ma żadnych objawów kamicy moczowéj.

Zestawiając z powyższymi przypadkami opisane przez Berkera wątpić nie można, że *magnesia borocitrica* w tych razach działa skutecznie, zdrabniając kamyczki; a będąc zarazem środkiem moczopędnym przyspiesza wydalanie ich jako i piasku z pęcherza. Ponieważ zaś używana przez czas dłuższy tworzenie się nowych kamyków powstrzymuje, przypisać jéj należy własność usuwania skłonności do kamicy. Tę własność jednakże tylko dotąd przypuścić można co do kamieni i osadu z kwasu moczowego, takie bowiem tylko przypadki spostrzegać mogłem, co się tłumaczy tém, że według zestawienia Henryka Thompsona na 20 kamieni nerkowo-pęcherzowych w 19 stanowi podstawę kwas moczowy.

Ponieważ osad kwasu moczowego często u noworodków oddawanie moczu zupełnie powstrzymuje, zatykając mechanicznie przewody, stosuję w tych razach borocytr. magnezyi, dając rozczyn 2—3:100 grm. Już po drugiéj lub trzeciéj łyżeczce, zażytéj w odstępach godzinnych, mocz odchodzi, a osad na pieluszce dowodnie wykazuje przyczynę wstrzymanego moczenia.

W nieżytach przewlekłych pęcherza borocytr. magnezyi przez własność swą moczopędną zawsze chorym przynosił ulgę, a mocz stawał się w krótkim czasie czystym. Wlewanie przez cewnik rozczynu tego środka wprost w pęcherz działa jeszcze skuteczniéj, o czém jednak późniéj spostrzeżenia swe ogłosimy.

Borocytr. magnezyi przedstawia się jako proszek zupełnie biały, smaku kwaśnego, bez żadnego zapachu. Przepisuję go 1 część na 2 części cukru miałkiego, dodając na 150 grm. kroplę olejku cytrynowego, i zalecam trzy razy dziennie łyżeczkę od kawy, rozpuszczonego w pół szklanki wody.

III. Zagłoba jelit porażenna.

Podał Dr. Warschauer.

Pani K., wdowa po doktorze medycyny, lat 84 licząca, niskiego wzrostu, przed kilkoma laty na dychawicę i zadzierżenie kału cierpiąca, na które pigułki ze rzewnia zwykle jéj pomagały, przypomina sobie, że już kilka razy zaparcie stolca sprawiało jéj chwilowy ból w żywocie, który atoli po zażyciu wyż pomienionych pigułek zwykle ustępował, jak niemniéj, że zaparciu stolca zwykle towarzyszył znaczny odpływ krwi wcale jéj nie osłabiający. Przed kilku tygodniami z niewiadoméj przyczyny wśród mdłości, ckliwo-

ści, nudności i wymiotów, wystąpił ból żywota, który atoli po zażyciu czterech torebek większych zawierających 16 gramów olejku rącznikowego i po kilkakrotnym obfitym stolcu w parę godzin całkowicie ustąpił. Przed dwoma tygodniami w nocy wśród omdlenia, nudności i wymiotów powstał znowu ból cały niemal żywot zajmujący, a to, jak się zdaje, po spożyciu sałaty i odgotowanego grochu. Chora miała noc niespokojną, trapił ją głównie ból żywota, a z rana dość wcześnie zawezwany zastałem stan następujący: nudności, czkawkę dość często się powtarzającą, żywot naprężony, wzdęty, po lewéj stronie więcéj wypukłony, w okolicy kątnicy odgłos wypukowy jawnie bębenkowy, toż samo w okolicy okrężnicy wstępującéj i poprzecznéj, w okolicy zaś okrężnicy zstępującéj, mianowicie w zagięciu esowatém, odgłos wypukowy stłumiony; przy ucisku téj okolicy chora doznaje bólu tępego; ani stolca ani wiatrów nie oddaje. Język suchy jakby posiekany, pragnienie znaczne, tętno przyspieszone, ciepłota ciała nieznacznie podwyższona. Choroba trwała dni 5 do 6ciu nim stolec nastąpił; dawano zrazu lewatywy z olejem kleszczowinowym, brała do trzydziestu sztuk torebek napełnionych olejkiem rącznikowym, gdy jednak skutku nie było, podaliśmy choréj w krótkim czasie trzysta gramów napitku wiedeńskiego, na co się koledzy prof. Korczyński i Dr. Blatteis zgodzili, następnie wlewaliśmy wodę ciepłą za pomocą przyrządu lejkowego Hegara ośm razy, po pewnych przestankach do trzech litrów na raz, kilka razy dodano do połowy kwasu winnego dziesięć gramów, do drugiéj połowy 15 gramów dwuwęglanu sodowego. Chora mimo bólu nasilającego się podczas wlewania płynu do jelita odchodowego dobrze znosiła je, nawet przez niejaki czas je zatrzymywała i przekonałem się, że płyn dochodził aż do kątnicy, bo odgłos wypukowy stał się stłumionym, wiatry choć nieznaczne odchodziły, stolca nie było. Następnie zażywała cztery proszki kalomelowe *(0.20 pro dosi)*, poczém smak w ustach był kruszcowy i nieznaczne ślinienie, ból gardła; płukanie jednak roztworem chloranu potasowego wnet tę dolegliwość usunęło. Gdy wszystkie wyż wspomniane leki skutku nie sprawiły, podałem choréj pigułki z oleju krotniowego, zapisałem je zaś jak następuje: Rp. *Olei Crotonis tiglii guttas quinque, saponis amygdalini q. s. ut f. pilulae 10 consp. liquiritia.* S. Co godzina po jednéj brać. Wyżyła wszystkie pigułki, dziewiątą tylko pigułkę wśród nudności zwróciła, atoli bole w brzuchu nie ustawały, nie były one ciągle lecz okresowo przychodziły, a miały być podobne do bolów porodowych, jak chora podała. Wspomnieć jeszcze winienem, że pierwszego dnia zaraz starannie wybadałem jelito odchodowe, i że znalazłem je próżne aż do zagięcia esowatego, czułem wprawdzie palcem niewyraźnie jakiś nabrzęk w okolicy biodrowéj lewéj, o którym jednak z pewnością powiedzieć nie mogę, czy to był kał nagromadzony lub też nie. Po pigułkach odchodziła wprawdzie woda wlewana za pomocą przyrządu Hegara, a w niéj pływały strzępki cieniuteńkie woni smrodliwéj, ale kału nie było.

Gdy mimo wyż wymienionych leków, oraz podawania kawałków lodu, mimo okładów zimnych wysychających na żywot, skutku żadnego nie było, postanowiliśmy z kolegą prof. Korczyńskim użyć prądu elektrycznego indukcyjnego przez skórę i stósowaliśmy czopki z wyciągiem szalejowym biorąc na jeden czopek 0,03. Stósowaniem elektryczności zajął się kolega Dr. Ponikło, asystent kliniki lekarskiéj. Po elektryzowaniu, na które z powodu gwałtownego bólu chora się wielce skarżyła, odszedł we dwie godziny skrzep krwi wielkości jaja gołębiego, a we 24 godzin później drugi skrzep jeszcze większy wśród bólu w żywocie i parcia, a z nim drobne kawałeczki łajna brunatnego.

Na trzeci dzień po raz drugi stósowano elektryczność w ten sam sposób i zrazu jeszcze kilka skrzepów krwi odeszło, poczém przyszły stolce jasno żółte, zbitości kleiku, miernéj obfitości; wypukanie żywota okazuje odgłos wypukowy nieco stłumiony nad lewą okolicą biodrową, bólu nie ma, wiatry odchodzą, czasem parcie bez stolca. Przez dni kilka stosowałem tylko czopki z szalejem rano i wieczór po jednym, a chora powoli przychodzi do siebie, czuje się wprawdzie słabą, ale do upadku sił nie przyszło. Żywi się posilnemi rosołami, kwaśném mlekiem, winem, winną polewką, a dziś po czternastu dniach trwania choroby, już ją za zupełnie uleczoną śmiało uważać można.

Że w tym przypadku elektryczność okazała się bardzo skuteczną i że jéj przypisać należy uleczenie, nikt zapewne nie wątpi, działa ona jako środek pobudzający, podniecający kurczliwość jelit. Z tego też względu zasługuje ona na uwagę szan. kolegów jako *ultimum refugium* w rozpaczliwych przypadkach.

W zadzierżeniu kału uporczywém zwykle wyczerpywałem wprzód inne środki, nim elektryczność stósowałem, a to z téj prostéj przyczyny, że nie wszędzie ma się przyrząd na zawołanie, i tak przypominam sobie, że byłem raz wezwany do osoby podeszłéj, już od kilku dni na zatrzymanie stolca cierpiącéj, u któréj już wszystkie przypadłości zagłoby wystąpiły, a udało mi się w krótkim czasie przez wstrzykiwanie ciągłe wody ciepłéj za pomocą klizopompy usunąć zatrzymanie stolca, było to w czasie kiedy jeszcze nie znano przyrządu lejkowego Hegara, a stosując sam wstrzykiwania przekonałem się naocznie, jak wstrzykiwanie ciągłe za pomocą klizopompy umęcza. Innym razem usunąłem zatrzymanie stolca przez lewatywy, do których dodawano raz kwasu winnego, drugi raz dwuwęglanu sodowego. Przed wieloma zaś laty w rozpaczliwym przypadku zagłoby jelit u kobiety podeszłéj za pomocą pigułek krotniowych wyż wzmiankowanych uleczenie nastąpiło.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Friedrich Pinoff: **Handbuch der Hydrotherapie.** Lipsk 1879. 392 str. in 8vo.

Dzieło powyższe, przeznaczone przez autora dla użytku lekarzy praktycznych, ocenić też wypada głównie ze stanowiska praktycznego. Z tego stanowiska rzecz biorąc przyznać musimy pracy Dra Pinoffa miejsce pierwszorzędne w całéj tak licznéj literaturze hidroterapeutycznéj. Wprawdzie autor nie kusi się o odkrycie i wyjawienie nowych i zdumiewających teoryj, nie ma pretensyi być wynalazcą lub reformatorem hidroterapii, ani też zapowiada, że ugruntować zamierza hidroterapię na zasadzie ścisłych badań fizyjologicznych, natomiast podaje on wynik 40-letniego własnego doświadczenia na polu praktycznéj hidroterapii. Materyjał kliniczny, jakim autor rozporządza, jest widocznie bardzo liczny i rozległy; przytém zdrowy rozsądek i talent krytyczny pozwolił mu wysnuć ztąd wnioski rzeczywiście ważne i praktyczne i ochronił go od zapatrywań jednostronnych.

Rozkład i podział przedmiotu jest wcale stosowny. W części ogólnéj autor opisuje wszystkie znane i używane

procedury hidryjatyczne, rozwodzi się nad stroną techniczną ich wykonania i ocenia trzeźwo ich wartość i wzajemne różnice. W części szczególnéj znajdujemy hidroterapiję szczegółową tych chorób, w jakich zdaniem autora hidroterapija z rzeczywistym skutkiem zastosowaną być może. Znajdujemy więc praktyczne rady i trafne uwagi co do sposobu traktowania hidryjatycznego tych chorób, daléj rozsądne i bezstronne ocenienie wartości hidroterapii w tych chorobach w porównaniu z innemi środkami i sposobami leczniczemi, wreszcie zdrową krytykę odmiennych zdań i orzeczeń innych autorów hidroterapeutycznych.

Dla lekarza praktycznego chcącego poznać i zastosować w praktyce hidroterapiję nie znamy dotąd równie przydatnéj książki. Żałować jedynie należy, że część fizyjologiczna jest zbyt zaniedbaną, a mianowicie nowsze prace fizyjologiczne nie odpowiednio uwzględnione.

Dr. M. Gumplowicz.

Archambault: **Działanie salicylanu sodowego w gośccu stawowym u dzieci.**

Liczne i gruntowne prace, rozrzucone w nowoczesnéj literaturze lekarskiéj o działaniu salicylanu sodowego w gośćcu stawowym, uwzględniały przeważnie wiek dojrzały; w zachowaniu się pedyjatrów uwydatniło się pewne wyczekiwanie. Lekarz paryskiego szpitala dzieci Dr. Archambault pierwszy zebrał znaczniejsze liczby i 12 lutego rb. udzielił swych uwag Towarzystwu terapeutycznemu, które streścił w trzech następujących twierdzeniach:

1) Dzieci znoszą bezkarnie salicylan sodowy, nawet w dawce 6,0 dziennie, a Dr. A. tłumaczy to znoszenie szybkiém wydzielaniem u dzieci, gdyż w 15—20 minut po zażyciu salicylanu sodowego znajdował go A. w znacznéj ilości w moczu.

2) Salicylan sodowy usuwa szybko i prawie rzec można niezawodnie objawy gośćcowe. A. poleca dzieciom powyżéj 2½ lat 4.0 dziennie; począwszy zaś od 5go roku życia po 6.0; zadaje on salicylan sodowy w rozczynie, dzieląc powyższą dawkę na trzy równe części, które chory w przerwach 6cio godzinnych zażywa. Po użyciu jednodniowéj d.wki dziecko zaczyna wykonywać pomniejsze ruchy, co dowodzi, że bolesność się zmniejszyła; dnia następnego, przy dalszém stósowaniu tego leku, ból zupełnie mija i obrzęk stawu poczyna znikać, ciepłota spada o 1°—2°. A. zwykle stósuje salicylan sodowy w ciągu trzech dni, i w większéj ilości przypadków wyleczenie jest zupełne; jeśli zaś choroba powraca, autor ponownie zadaje ten lek, i nie spostrzegał, ażeby działanie jego terapeutyczne okazało się mniéj dzielném.

3) Salicylan sodowy zapobiega powikłaniu gośćca stawowego z zapaleniem osierdzia. Twierdzenie powyższe nabiera wielkiego znaczenia, skoro zważymy, że w wieku dziecięcym istnieje pewna skłonność u gośćcowych do powikłań sercowych, i do nich należy odnieść znaczną ilość wad organicznych serca osób dorosłych; A. twierdzi, że ⅔ dzieci chorych na gościec stawowy podpada chorobom serca, bez względu na rodzaj zastósowanego leczenia; wbrew téj statystyce wielka liczba dzieci leczonych pod kierunkiem A. salicylanem sodowym nie dała przykładu powikłań sercowych; autor sądzi, że lek ten rugując gościec w ciągu 1—3 dób nie zostawia dostatecznego czasu do wytworzenia się sprawy zapalnéj śródsierdzia.

A. kończy swe uwagi twierdzeniem, że salicylan sodowy jest lekiem niemal swoistym przeciw gośćcowi wieku dziecięcego, że przewyższa on szybkością działania, bezkarnością użycia dawek większych, doskonalém znoszeniem przez ustrój dziecka, wszystkie znane dotychczas leki przeciwgośćcowe. *(Le Progrès médical* Nr. 12. 1879). *Dr. A. Kwaśnicki.*

Lasiński (we Wrocławiu): **Przyczynek do powstawania ślepoty nagłéj.**

Znane są przypadki nagłéj ślepoty powstałéj pod wpływem działania prądów elektrycznych (Dubois-Reymond), skutkiem rażenia piorunem (Wardrop, Pétrequin itd.), zboczeń w miesiączkowaniu i ciąży (Arnold), nerwobólu n. troistego (Szokalski), róży (Pagenstecher, Gubler), a głównie w skutek urazu; jednak podczas gdy Romberg i Vicq d'Azyr twierdzą, że operacyja w dziedzinie n. troistego nie oddziaływa wcale na wzrok oka odnośnego, L. miał sposobność widzenia i leczenia następującego przypadku:

Dorożkarz, 42 lat liczący, cierpiał przez 2 lata na ból twarzowy po stronie lewéj; gdy środki lekarskie niedopisały, d. 13 sierpnia r. z. uskuteczniono wycięcie części nerwu podoczodołowego lewego; do tego dnia chory widział jednako obydwoma oczyma. We 3 tygodnie późniéj L. znalazł na oku prawém $S = {}^{12}/_{20}$; na oku lewém zbrzęknięcie powiek, opadnięcie mierne powieki górnéj, poniżéj powieki dolnéj mały cewkowrzód na 2 cm. głęboki, prowadzący do kości chropawéj; źrenica nieruchoma (3½ linii średnicy mająca) oddziaływa słabo, ale tylko współczulnie, poczucie światła jakościowe małe. Wziernik nie wykazał żadnych zmian. Gałka cała wyparta ku przodowi a ruchy jéj upośledzone. Po wykluczeniu symulacyi za pomocą trójgranów i przyrządu stereoskopowego wstrzykiwano strychnin podskórnie, jednak bez skutku, również ezeryn nie działał na źrenicę. W parę dni potém gałka cofnęła się do oczodołu, ale równocześnie wziernik wykazał rozpoczynający się zanik n. wzrokowego, źrenica przestała oddziaływać nawet sympatycznie, a poczucie światła znikło zupełnie. Po upływie dalszych dni kilku tarcza n. wzrokowego była wyraźnie białą, a równocześnie spostrzeżono i przytępienie słuchu po stronie lewéj: leczenie (wstrzykiwanie strychninu, wewnętrznie jodek potasu) pozostało całkiem bezskuteczném. Tak więc w przeciągu 3ch tygodni po resekcyi n. podoczodołowego wystąpiła zupełna ślepota z zanikiem n. wzrokowego. L. przypuszcza, że ślepota wystąpiła albo skutkiem działania zwrotnego (z 2giéj gałęzi n. troistego na n. wzrokowy), albo co jest o wiele prawdopodobniejszém, że skutkiem operacyi nastąpiło ropne zap. tkanki komórkowéj pozagałkowéj (wyparcie gałki), a późniéj cierpienie tętnicy środkowéj siatkówki. (Ale w takim razie pozostaje niewytłumaczoném przytępienie słuchu. *Sprawozd.)* (*D. med. Woch. 1879,* Nr. 24). *L. B.*

Parinaud: **Zanik n. wzrokowego po róży twarzowéj.**

P. wykazuje, że w literaturze zapisanych jest dotąd tylko 6 przypadków zboczeń wzroku, powstałych po róży; sam P. spostrzegał 2 przypadki tyczące się kobiet (26 i 59 letniéj). W pierwszym już w tydzień po ustąpieniu róży nastąpiła utrata wzroku, nie trwająca jednak nad 48 godzin; w 10 dni późniéj widoczne polepszenie, ale tylko do pewnego stopnia, bo chora odróżniała barwy na odległość 20 cm. z wyjątkiem zielonéj i fijołkowéj, a tarcze obu n. wzrokowych w stanie zaniku; w drugim przypadku również pręd-

ko po róży wystąpił zanik i znaczne upośledzenie wzroku na obydwóch oczach (chora zaledwie liczyła palce na 20 cm.).

Z 6 dawniéj (przez E. Jaegera, Pagenstechera, Hutchinsona i Bensona) opisanych przypadków w 5ciu nastąpił zanik tylko jednego n. wzrokowego, a oko drugie pozostało zdrowém; w jednym zaś przypadku obustronnego zaniku oraz w dwóch spostrzeganych przez Parinauda w ciągu trwania róży nie było uderzających objawów mózgowych, a upośledzenie wzroku pojawiło się dopiero po zejściu choroby. P. mniema, że w cierpieniu jednego n. wzrokowego sprawa jest obwodową, w cierpieniu zaś obydwóch ośrodkową. W pierwszym przypadku sprawa obwodowa nie przekracza skrzyżowania *(chiasma)* nn. wzrokowych, bo zapalenie skóry oddziaływa tylko na część n. wzrokowego w oczodole przebiegającą; zapalenie przenosi się na n. wzrokowy za pośrednictwem żyły ocznéj i środkowéj (*ophthalmica et centralis retinae*) lub naczyń limfatycznych, owe żyły otaczających. W ostatnim zaś razie cierpienie obydwóch nn. wzrokowych jest objawem choroby ośrodkowéj; to też u jednéj z pacyjentek Parinauda zboczeniu wzroku towarzyszyły mdłości, ból głowy, omamy wzrokowe (raczéj złudzenia), przytępienie pamięci itd.; nie ulega więc wątpliwości, że w takim razie ośrodek nerwowy pośredniczy pomiędzy cierpieniem skóry a cierpieniem nn. wzrokowych. *(Archives générales de Médecine. — W. med. Blätter 1879*, Nr. 25). *L. B.*

Dr. Schüller (w Gryfii): **Odmiana Sylverstrowskiego sposobu sztucznego oddychania.**

Autor układa pacyjenta na plecach nie podnosząc mu głowy (co się zaleca wtedy, jeżeli zrobiono przed sztucznem oddychaniem przecięcie tchawicy), chwyta stojąc po lewéj stronie cuconego albo przy głowie pod obydwa łuki żebrowe podnosi je w górę i wciska napowrót ku jamie brzusznéj. Ruchy te mają się odbywać umiarowo z ruchami oddechowemi. Celem utrzymania ścian brzusznych stale wolnemi utrzymuje pomocnik odnogi dolne zgięte w biodrach i kolanach. W braku pomocnika nadaje się nogom takie zgięcie za pomocą wałka podsuniętego pod kolana. Przecięcie tchawicy zdaje się być korzystném z rozmaitych względów przed wywołaniem sztucznego oddychania. Jeżeli się nie zrobiło poprzednio tracheotomii, należy ratowanemu wyciągnąć z ust język. *(Berl. klin. Woch.* 1879, Nr. 22). *J. B.*

Da Costa: **Podskórne wsfrzykiwanie ferri dialysati.**

Autor doświadczył w jednym przypadku wysokiego stopnia niedokrewności podskórnego wstrzykiwania środka tego z tak pomyślnym skutkiem, że spodziewa się osiągnąć we wszystkich tego rodzaju przypadkach najlepsze wyniki, i dlatego poleca ten sposób lekarzom.

Chora 21 lat licząca, o wargach i spojówkach całkiem bladych cierpiąca na gwałtowne kołatanie serca, szmer huczący w żyłach szyjnych i od kilku miesięcy brak regularności. Łaknienie wprawdzie dobre, odżywienie mierne, podejrzywana jednak o dziedziczne cierpienie płuc. Początkowo robiono wstrzykiwania z 15 kropli rozcieńczonych wodą, późniéj nierozcieńczonych, 2 razy dziennie przez 2 tygodnie. Niezadługo potém pojawiła się regularność, wszystkie objawy chorobowe ustąpiły i chorą uznano za zupełnie uleczoną. W miejscach zastrzykiwań nie powstawały ani ropnie ani nawet ślady zapalenia.

Autor poleca przerzeczone wstrzykiwania podskórne *ferri dialysati* nawet w niedokrewności złośliwéj, jako całkiem odpowiednie. *(The New York med. Rec.* 1878, Nr. 15.) *Kra.*

V. Posiedzenia Towarzystw.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z d. 6 maja 1879.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Kaczorowski ponownie przedstawia zebranym chorego, cierpiącego na tętniaka aorty wstępującéj, o którym już była mowa na ostatniém Walném Zebraniu.

3) Tenże namienia o doświadczeniach swych dokonywanych z zaleconemi od niedawna środkami przeciwgnilnemi, jako to z kwasem będźwinowym i balsamem peruwiańskim. Kwasu będźwinowego używał od wielu lat we wszystkich chorobach dróg oddechowych, a to w znaczeniu nie tyle środka wykrztuśnego, ile raczéj odrażającego błonę śluzową przewodów oddechowych, przez którą częściowo wydalonym bywa. W celu przeciwgorączkowym podawał kwas będźwinowy w znacznych jednorazowych dawkach (5—6 gramów) w gorączkach u bardzo podupadłych chorych (np. opilców), dotkniętych różą, zapaleniem płuc i opłucny, i widywał obniżanie się gorączki o blisko cały stopień ciepłoty, a wolne od zapadów, jakie zwykły towarzyszyć podobnym dawkom kwasu salicylowego (p. Pamiętnik II Zjazdu lwowskiego str. 307 i 309). Zaniechawszy późniéj tego leku z powodu trudnego zadawania go w tak znacznéj ilości, podjął go na nowo, gdy Schüller ogłosił spostrzeżenia swe o przeciwgorączkowém działaniu będźwinianu sodowego, którego smak jest daleko znośniejszym od kwasu będźwinowego. Autor potwierdza pomyślny wpływ będźwinianu sodowego (co godzina 1—2 gramów) w gorączkach połogowych i w zapaleniach opłucny, gdzie rychłe lekowanie nie tylko w karbach utrzymywało wysokość gorączki, ale nadto na samą sprawę chorobową zbawienny wpływ wywierało, nie dopuszczając zropienia wytworzonych wysięków. W zapaleniu zaś miąższu płucnego nie można było dostrzedz korzystnego oddziaływania tego leku; tu raczéj kwas będźwinowy w połączeniu z kamforą zdaje się pomyślniéj działać, podtrzymując zagrożoną czynność serca. W gorączkach durzycowych nie dorównywał będźwinian sodowy ani salicylanowi ani chininowi pod względem obniżania ciepłoty. W dwóch zaś przypadkach ciężkiego duru powrotnego *(biliöses Typhoid)* z ogromném powiększeniem nader bolesnéj śledziony, gdzie (np. z wytworzonego raz zatoru żyły goleniowéj) wnosić wypadało o obecności małych ropni w śledzionie, będźwinian sodowy zniżał zawsze gorączkę, przenoszącą przeszło 41 stopni, o blisko dwa stopnie i być może, że się przyczynił do pomyślnego zejścia choroby.—Balsam peruwiański stosuje K. od czasu ogłoszenia Wernicha wszędzie, gdzie dawniéj używał kwasu karbolowego. Żmudny i kosztowny opatrunek Listrowski zastępuje K. zwyczajną gazą bawełnianą oczyszczoną z tłuszczu, którą lekko napojoną balsamem peruwiańskim kładzie się w podwójnéj warstwie na ranę, oczyszczoną poprzednio za pomocą mgły karbolowéj, pokrywa dość grubą warstwą waty salicylowéj, a na to papier kauczukowy, co wszystko umacnia się opaską z zwyczajnéj krochmalonéj gazy, krótko przed użyciem namoczonéj w wodzie. Świeże, nie zbyt zagłębione rany goją się w przeciągu kilku dni pod jednym opatrunkiem, większe i głębsze należy drenować. Rana goleni, obnażająca z okostny kość goleniową na 10 cm. długości, pokryła się w przeciągu tygodnia stałą ziarniną. Opatrunek balsamiczny, działający również pomyślnie jak Listrowski, zdaje się mieć jeszcze tę zaletę: że w ranach zagłębionych, skłonnych do zatok, balsam wlany w wszystkie zakątki i jamy obrażonéj części ciała, zachowuje tam stan ciekły z powodu swéj bezpośredniéj styczności z otwartemi naczyniami rany, przez co dokładniéj takową odwietrzać winien, aniżeli suchy protektyw i gaza karbolizowana, która dopiero wydzieliną rany

rozkładać się nie pozwala. To też wydzieliny rany pod opatrunkiem balsamicznym nie bywają tak obfite jak pod Listrowskim i nie wymagają tak częstéj zmiany oprawy. Najświeższe doświadczenia wykazały nadto, że zasłonięcie oprawy papierem kauczukowym jest zupełnie zbytecznêm, a nawet może niepożądanêm, ponieważ tamując przewiew skóry i zgęszczając wydzielane z niéj gazy, zwilża watę i utrudnia kontrolę wydzielin rany. Że się wrzody goleniowe pod takim opatrunkiem zabliźniają dość szybko, jest rzeczą już dawno znaną, ciekawszą zaś zdaje się być, że wrzody weneryczne nadzwyczaj szybko się oczyszczają i goją. Mianowicie wrzody dymienicowe o podminowanych i wywróconych brzegach zabliźniały się pod opisanym opatrunkiem w przeciągu 3—4 tygodni bez obcinania brzegów. Na zwyczajne szankry wystarczy przykładać kawałek waty salicylowéj zwilżonéj lekko balsamem peruwiańskim. W końcu podnieść jeszcze wypada, że w róży wcierania balsamem części zajętych oraz pasa granicznego na 5 cm. szerokości przewyższają wszelkie lecznicze oczekiwania. W trzech przypadkach róży twarzowéj, gdzie już jedno ucho zajęte było, (w którym to razie róża zwykła się rozszerzać na całą czaszkę), wcierania balsamem powtarzane co 3 godziny wstrzymały różę w przeciągu najdaléj 48 godzin.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabiera głos wielu z obecnych, którzy tak w róży jak przy ranach dobre po balsamie widzieli skutki. Dr. Gąsiorowski namienia nadto, że przy bardzo starych wrzodach dodawał do balsamu *arg. nitricum*, co mu znakomite oddawało usługi. Dr. Grodzki leczył środkiem tym niedawno wyprysk twarzy u dziecka, również z pomyślnym i szybkim skutkiem.

Na têm posiedzenie zamknięto.

Dr. Jerzykowski, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne XI. z dnia 4go czerwca 1879 roku.

Przewodniczący kol. Ściborowski. Obecnych członków czynnych 17. i jeden gość.

1) Kol. Przewodniczący składa do biblijoteki rozprawę przesłaną przez autora Dra Zygmunta Kramsztyka p. t. „Optometryja objektywna.“

2) Kol. Ponikło przedstawia chorego leczonego w klinice lekarskiéj prof. Korczyńskiego, dotkniętego jedną z rzadszych chorób układu nerwowego. Cierpienie jego datuje od 7miu miesięcy, chory zauważył utrudnienie mowy polegające na niezdolności wymawiania pewnych głosów, do czego wkrótce przyłączyło się utrudnienie żucia i połykania, tudzież trudność wykonywania ruchów zespolonych niektórych mięśni twarzowych. Badanie kliniczne, z wyjątkiem obecności miernego stopnia rozedmy płucnéj i lichego stanu ogólnego odżywienia, nie wykazuje nic nieprawidłowego w narządach wewnętrznych. Główne zboczenie w naszym przypadku polega na porażeniu mięśniowêm narządów jamy ustnéj i gardła. I tak uważamy: 1) Porażenie mięśni policzków i mięśnia okrężnego ust, przy usiłowaniu wykonywania ruchów mięśnie te pozostają bezwładne, chory nie może się zaśmiać, gwizdnąć, dmuchnąć itp. Rowki noso-wargowe wydatne, głębokie, policzki zapadłe, wargi odwinięte, wyraz twarzy chorego płaczliwy; 2) Porażenie zupełne języka, którym chory żadnych ruchów nie może wykonywać, spoczywa on do połowy pomniejszony w postaci cienkiego płatka o błonie śluzowéj zgrubiałéj, pomarszczonéj, połyskującéj bezwładnie na dnie jamy ustnéj; zanik ten miąższu językowego jest bezpośredniém następstwem porażenia takowego; 3) Podniebienie miękkie nieruchome, prawie pod kątem prostym od tylnego brzegu podniebienia twardego ku dołowi opadające, o błonie śluzowéj pomarszczonéj, suchéj, połyskującéj; 4) Przedstawia chory znaczne upośledzenie mowy; może on wprawdzie niektóre głosy wydać pojedynczo, lecz tylko te, do których utworzenia nie potrzeba ruchów kombinowanych narządów jamy ustnéj; brzmień i głosek artykułowanych oddać nie może. Badanie wziernikowe krtani nie wykazuje oprócz objawów przewlekłego nieżytu strun głosowych żadnych głębszych zmian. Strona psychiczna mowy jest zupełnie prawidłowa i gdyby chory był świadom pisania, mógłby z pewnością myśli swoje pisemnie zupełnie dobrze oddawać, chociaż ich ustnie uwydatnić nie może. Z powodu porażenia języka zauważyć można nadto znaczne upośledzenie żucia: chory nie mogąc kęsu należycie uformować ani takowego w miejsce odpowiednie w celu połknięcia przesunąć, jest ograniczony do używania wyłącznie pokarmów płynnych, przyczém się musi w znacznéj mierze posługiwać siłą ciężkości, przechylając głowę ku tyłowi. Także i akt łykania z powodu porażenia mięśni podniebienia miękkiego, łuków podniebiennych i gardła, znacznie jest utrudniony. Wreszcie porażenie podniebienia miękkiego i niemożność ustawienia takowego poziomo podczas połykania, w celu oddzielenia jamy ustnéj od nosowéj, są przyczyną iż chory częstokroć wraca pokarmy płynne przyjęte do jamy ustnéj przez nos. Czucie dotykowe części porażonych jest zupełnie prawidłowe; także pobudliwość elektryczna, badana tak za pomocą prądu stałego jak przerywanego, zupełnie utrzymana. Pobudliwość zwrotna jest jednak znacznie upośledzoną: można drażnić do woli błonę śluzową podniebienia miękkiego, lub tylnéj ściany gardła bez wywołania ruchów zwrotnych; badanie laryngoskopowe chorego, tudzież wkładanie sondy żołądkowéj odbywa się bez najmniejszéj reakcyi ze strony chorego. Kurczliwość elektromięśniowa mięśni porażonych zupełnie prawidłowa. Sfera umysłowa nie przedstawia żadnych zboczeń. Chory zatém cierpi na porażenie ruchome obustronne, przewlekle się rozwijające i postępujące, dotyczące trzech grup mięśniowych, mianowicie: 1) części mięśni twarzowych i mięśnia okrężnego jamy ustnéj, tj. mięśni zaopatrywanych przez gałązki nerwu twarzowego; 2) z porażeniem mięśni językowych i 3) mięśni podniebienia, łuków podniebiennych i gardła, przeto mięśni innerwowanych przez nerwy *„hypoglossus“* i *„glossopharyngeus.“* Objawy te porażenne, w obec zupełnie prawidłowego czucia tak dotykowego jak elektrycznego, tudzież prawidłowéj kurczliwości elektromięśniowéj są dosyć cechujące, aby rozpoznać w tym przypadku cierpienie przewlekłe rdzenia przedłużonego, tak zwane porażenie opuszkowe *(paralysis bulbaris progresiva chronica)*. Leczenie chorego w obec zupełnie niepomyślnego rokowania i niemożności usunięcia zmian w rdzeniu przedłużonym ogranicza się do sztucznego karmienia za pomocą sondy żołądkowéj.

3) Kol. prof. Oettinger wyłożył o zbiorze pism hipokratycznych Littrego w uporządkowaniu i wyjaśnieniu krytycznêm takowego. (Wykład ten umieszczony będzie w Przegl. Lek.)

W dyskusyi kol. prof. Blumenstok zwraca uwagę, że warunku niewykonywania operacyi cięcia kamienia pęcherzowego, zawartego w przysiędze hipokratycznéj, nie należy odnosić do téj okoliczności, jakoby wykonywanie téj operacyi uważane było za coś karygodnego lub sprzeciwiającego się dobrym obyczajom, tylko że cięcie kamienia stanowiło odrębną specyjalność, podobnie jak to wiadomo o spędzaniu płodu, zdejmowaniu katarakty, któremi to zabiegami w starożytności zajmowali się nie lekarze, lecz osobni specyjaliści lub partacze. Kol. Ściborowski przypomina, że jeszcze w wiekach średnich wykonywanie cięcia kamienia było odrębną specyjalnością.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Skórkowski.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* W sprawie taryfy sądowolekarskiéj. Jak dalece wskazaną była petycyja Wydziału stowarzyszeń lek. austr. w sprawie taryfy (p. Nr. poprzedni), dowodzi nowe rozporządzenie ministeryjalne, które c. k. prezydent Sądu krajowego wyższego w Krakowie temi dniami podał do wiadomości Sądów:

„Ponieważ zdarza się często, że c. k. Sądy w ogóle przyznają lekarzom sądowym za czynności w sprawach karnych także należytości: *a)* za zgniliznę przy sekcyi zwłok dzieci z próbą płucną dokonanéj, *b)* za osobne (dodatkowe) orzeczenie, bez podania właściwego powodu usprawiedliwiającego takowe, wys. c k. Misterstwo sprawiedliwości reskryptem z d. 21 lutego rb. L. 2206 ponownie zauważyło: *ad a)*, iż samo przedsięwzięcie bez przeszkody próby płucnéj na to wskazuje, że sekcyjonowane zwłoki nie mogą być uważane jako zgniłe w myśl taryfy należytości rozporządzenia minist. z d. 17 lutego 1855 d. p. p. Nr. 33; *ad b)* że reskryptem minist. z d. 11 sierpnia 1869 r. L. 9760 (okólnik tutejszy z d. 19 sierpnia 1869 r. L. 3615) usta-

nowiono pewne przypuszczenia i okoliczności, przy zachodzeniu których należytości za osobne orzeczenie przyznać można, a zatém w każdym przypadku szczegółowym rozważyć należy, czy te warunki zachodzą lub nie. O czém zresztą świetne Prezydyjum już tut. okólnikiem z d. 3 stycznia 1879 r. L. 6342 w skutek pierwotnéj uwagi wys. Ministerstwa śprawiedliwości w reskrypcie z d. 11 grudnia 1878 L. 15570 uczynionéj zawiadomiono.

Zechce świetne Prezydyjum do powyższych ponownych uwag wys. Minist. sprawiedl. przy powzięciu uchwał co do partykularzy lekarzy sądowych się zastósowywać, oraz przynależne c. k. Sądy powiatowe celem przestrzegania ścisłego w powyż przywiedzionych przypadkach odpowiednio poinformować. Kraków d. 7 maja 1879 r.“

(Uwagi nad tym reskryptem podamy na najbliższém posiedzeniu komisyi sądowolekarskiéj. *Red.)*

* P. Maurycy Hay z Jarosławia założył we Wiedniu zakład szczepienia krowianki, doznający już od roku zaufania i powodzenia. Niedawno temu Ministerstwo spraw wewnętrznych udzieliło zakładowi temu subwencyi w kwocie 2000 zła. Odznaczenie to, chlubne dla p. Haya, dowodzi zarazem, jak Ministerstwu zależy na zapewnieniu ludności dobréj krowianki.

* W Persyi bardzo mało ma być obłąkanych. I tak w stolicy Teheranie, mieście liczącém 150—160000 mieszkańców, w r. 1874 liczono tylko 5 obłąkanych i to tylko skutkiem nadużycia hadżyszu; w mieście Esfehanie (na 100—120000 m.) znajduje się tylko 2 obłąkanych, z których jeden jest idyjotą. *(Journal de Thérap.* 1879 Nr. 2). (Wiadomą jest rzeczą, że na wschodzie w ogóle o wiele mniéj jest obłąkanych, aniżeli u nas; mimo to cyfry powyższe są tak bajecznie niskiemi, że trudno je uznać za prawdziwe. *Red.)*

* Zmarły niedawno rodak nasz Dr. Stański zapisał Akademii lekarskiéj paryskiéj 1000 franków dochodu rocznego celem ustanowienia nagrody jego imienia (co 2 lata, a więc po 2000 fr., wypłacać się mającéj) za najlepszą pracę o istnieniu lub nieistnieniu zarażenia zaduchowego przez przyrzut czyli zarażenia się w oddali (*contagion miasmiatique par infection* czyli *contagion à distance*). (*Journal de Thérap.* 1879, Nr. 7). Cel bardzo chwalebny, ale temat nie bardzo jasny, jak niebyła jasną teoryja, którą nieboszczyk głosił za życia.

* Owaryjotomija we Włoszech. W d. 26 marca 1859 prof. Vanzetti w Padwie wykonał pierwszą we Włoszech owaryjotomiję ze skutkiem niepomyślnym; po nim 8 razy wykonano tę operacyję z takim samym skutkiem; dopiero 10ta kobieta operowana przez Landego w Pizie wyszła szczęśliwie. Dotąd operowano we Włoszech 128 kobiet, z których 74 umarło a 54 wyzdrowiało. Najlepszy był przebieg w operacyjach uskutecznionych w ciągu r. 1878, albowiem na 26 kobiet operowanych umarło 9 a wyzdrowiało 17. *(Journal de Thérap.* 1879, Nr. 2).

Statystyka epidemij. Ospa w Londynie utrzymuje się w równém nasileniu. Umarło 11, w szpitalach leczy się 221, świeżo zapadło 42. W Wiedniu umarło mniej (7), w Petersburgu 26, w Odessie 2; w Paryżu 25, w Warszawie i Lissabonie po 5, w Pradze i Barcelonie po 4. Odra szerzy się bardziéj w Budapeszcie i Londynie.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 24 (od 8 do 14 czerwca) umarło w Krakowie osób 31; w obwodach 21, w szpitalach 10; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 28,5; we Lwowie 32,5; w Warszawie 19,7; w Poznaniu 24,2; w Wiedniu 29,8; w Budapeszcie 46,4; w Pradze 50,1; w Tryjeście 27,2; w Brukseli 25,1; w Paryżu 26,3; w Londynie 19,5; w Berlinie 31,2; w Monachijum 33,9; w Wrocławiu 29,3; w Dreźnie 23,5; w Chrystyjanii 22,1; w Petersburgu 39,0; w Odessie 31,0; w Bukareszcie 21,8. W tymże czasie umarło w Krakowie: 1 z płonicy, 2 z dławca. W tygodniu 25 zachorowało w Krakowie: 13 na dur osutkowy (1 z Krowodrzy, 12 z Kryminału); 1 na dur brzuszny (ze Stradomia L. 26). *J. B.*

(Zwracamy uwagę na wielką liczbę przypadków duru osutkowego, która w jednym tygodniu zdarzyła się w kryminale tutejszym, aby Magistrat zawczasu zajął się tą sprawą. *Red.)*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 26 czerwca. Namiestnik mianował Dra Gustawa Bielańskiego lekarzem powiatowym 2éj klasy w Łańcucie, a Dra Teodora Pawlasa, asystenta kliniki chorób dzieci w Krakowie, asystentem sanitarnym w Brzozowie.

Dr. Pawlas od lat kilku pełnił obowiązki asystenta kliniki prof. Jakubowskiego i jako lekarz praktyczny gorliwością swoją i skromnością w krótkim stósunkowo czasie potrafił zaskarbić sobie ogólne zaufanie i poważanie, tak że ze wszech stron dochodzą nas wyrazy ubolewania, że Kraków traci w nim ulubionego lekarza. Gdy przed kilku miesiącami zachodziła potrzeba umieszczenia lekarzy na posterunkach granicznych, Dr. Pawlas otrzymał wezwanie, aby się udał do Szczakowy; byliśmy wtedy świadkami, że wezwany ani na chwilę nie zawahał się uczynić zadość powołaniu Namiestnictwa i bezwarunkowo oddasię na usługi kraju. To też żegnając zacnego kolegę i członka Towarzystwa lek. naszego nie wątpimy, że i na nowém stanowisku swojem zjedna sobie niebawem zadowolenie Władz przełożonych.

* Bawi tu od dni kilku prof. Nawrocki z Warszawy, celem zwiedzenia zakładów i poznania kolegów tutejszych. Za inicyjatywą prof. Korczyńskiego zebrało się w niedzielę wieczór kilkunastu kolegów w hotelu drezdeńskim, aby uczcić znakomitego rodaka i niezmordowanego badacza. Prof. Nawrocki po raz pierwszy zwiedza miasto nasze i odrazu zdołał sobie zaskarbić życzliwość wszystkich kolegów, z którymi się styka; wyjeżdża on niebawem do Monachijum.

Równocześnie z prof. Nawrockim mieliśmy sposobność poznania Dra Adamkiewicza, docenta wydziału lek. w Berlinie, który tu przybył w sprawie ofiarowanéj sobie katedry patologii doświadczalnéj w uniwersytecie tutejszym.

* Według nadesłanych nam wykazów bawiło w Cieplicach czeskich do dnia 23 bm. gości 4030.

* Mieliśmy sposobność przejrzenia kilku rozdziałów zbiorowego dzieła o patologii i terapii, wydawanego przez lekarzy czeskich w Pradze w języku czeskim, a mianowicie rozdziałów o kile, ospie itd. Druk i papier oraz ryciny są pod każdym względem wzorowe, treść sama, o ile naprędce przekonać się mogliśmy, dosyć wyczerpującą.

* **Wiedeń**. Wielka liczba lekarzy wiedeńskich zgodziła się na ułożenie kodeksu postępowania lekarzy w obec kolegów i pacyjentów. Kodeks ten przyjęty już został przez kilka stowarzyszeń lekarskich we Wiedniu; składa on się z 29 artykułów i jest głównie wymierzony przeciw poliklinicystom.

Stan zdrowia prof. Skody dotąd nie polepszył się. Dziekanem wydziału lek. na rok przyszły wybrany został prof. E. Hofmann, a docent prywatny Dr. Monti udał się do Ministerstwa z prośbą o zamianowanie go profesorem nadzw. *(W. med. Bl.* Nr. 26.)

* **Budapeszt**. Dr. J. Báron habilitował się tu jako docent chirurgii przepuklin. Nie oglądając się na szyderstwo zagranicy Węgrzy coraz daléj posuwają się w specyjalizowaniu specyjalności i przy wzrastającéj ciągle liczbie uczniów medycyny w Budapeszcie specyjaliści widocznie znajdują słuchaczów.

* **Paryż**. Rada municypalna uchwaliła umieścić w szpitalach i przytuliskach miejskich płyty marmurowe, na których zapisane być mają nazwiska tych lekarzy, praktykantów i pomocników, którzy padają ofiarą poświęcenia się w wykonywaniu swych obowiązków. Przy pogrzebie każdéj takiéj ofiary Rada będzie reprezentowaną przez 4 członków swych, umyślnie w tym celu wyznaczyć się mających. *(Journal de Thérapeutique,* 1879 Nr. 6.)

Wydział lekarski w miejsce prof. Gublera przedstawił ministrowi 3 kandydatów w następującéj kolei: Hayem, Paul i Damaschino. *(Le Progrès méd.)*

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. du Bois-Reymond w Berlinie otrzymał order korony pruskiéj 2éj kl. z gwiazdą, a prof. Lücke z Strasburga (obecnie rektor uniwersytetu) order orła czerwonego 3éj kl.—Dr. Proust wybrany został członkiem akademii lek. w Paryżu w miejsce Tardieua.

* **Wiadomości osobowe.** P. Ksawery Watraszewski,

rodem z Warszawy, otrzymał w Dorpacie stopień doktora medycyny, obroniwszy w d. 14 bm. rozprawę pt.: *Beiträge zur Behandlung von Oberschenkel-Schussfracturen im Kriege.* Dr. W. jako lekarz wojskowy odbył poprzednio kompanije serbską i turecką a w ostatnich czasach był lekarzem głównym szpitala w Tyflisie. *(Kur. Warsz.)*

* **Nekrologija.** W Paryżu umarli prawie równocześnie dwaj znakomici położnicy Drowie Campbell i Jaquemier; ostatni był asystentem Pawła Dubois. — W Gryfii umarł znany i lekarzom prof. chemii Trommer. — W Hampshire (w Anglii) umarł Dr. Luther Owen Fox, ojciec Tilburego Foxa, którego o kilka dni tylko przeżył, a w Glasgowie Dr. John Coats, obaj znakomici praktycy. — W Wenecyi umarł prof. Antoni Berti, znakomity psychijatryk i senator królestwa włoskiego.

Temi dniami umarł w Meranie Dr. Franciszek Eberhard, licząc niespełna lat 30. Wychowaniec Uniwersytetu Jag. praktykował zrazu w Radymnie, zkąd schorzały powrócił do Krakowa i musiał poddać się amputacyi w podudziu, której dokonał prymaryjusz Obaliński. Później osiadł w Przemyślu jako okulista, lecz kalectwo i choroba płuc stanowiły dla niego ważną przeszkodę w praktyce. Byłto kolega godny, powszechnie lubiany, zdolny i pracowity, rokujący najlepsze nadzieje. Pokój jego cieniom!

* **Konkurs.** Dziekan Wydziału lek. U. J. ogłasza konkurs na stypendyjum śp. Polowéj, 120 zła. wynoszące, a przeznaczone dla ukończonych medyków. Zgłosić się należy do Dziekana do 1 lipca.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 24: Mieczkowskiego: Postrzeżenia z praktyki lek. u wód min. w Ciechocinku z r. 1878 (dok.), Heringa: O operacyi polipów krtani (c. d.); Nr. 25: Wnorowskiego: Kilka wypadków zimnicy obserwowanéj na Kaukazie; Heringa: O operacyi polipów krtani (c. d.); w *Medycynie* Nr. 25: Gajkiewicza: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d); Szukiewicza: Choroba zagadkowa panującaw powiecie Nowo-Urieńskim w r. 1877 (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Prof. WEBER-EBENHOF: Antiseptické ošetrování rodiček a nedělek. Návod pro babičky a poučeni pro marky. V Praze, nakl. F. A. Urbánek 1880, in 8vo, str. 25. (Jestto wydanie czeskie przewodnika omówionego w Nr. 22 Przegl. Lek.)

Piśmiennictwo lekarskie. ATLAS des maladies profondes de l'oeil, comprenant l'ophthalmoscopie, par Maur. Perrin, et l'anatomie pathologique, par F. Poncet. Avec 92 pl. Gr. in-8. Paris, Masson. cart. Fr. 100.

BAGINSKY, BENNO, die rhinoskopischen Untersuchungs- u. Operationsmethoden. Lex.-8. Leipzig, Breitkopf et H. M. 75.

BAUM CHARLES, les Trains sanitaires en Russie et en Autriche-Hongrie. In-8. Paris, Dumaine. Fr. 60.

BERICHTE d. naturwissenschaftlich-medizin. Vereines in Innsbruck. 8 Jahrg. 1877. 1 Hft. Mit 2 Taf. gr. 8. Innsbruck, Wagner. M. 2. 40.

BOCKENDAHL J. Generalbericht üb. das öffentliche Gesundheitswesen der Prov. Schleswig-Holstein f. d. J. 1877. gr. 4. Kiel, Haeseler. M. 3.

BONJEAN J. Monographie de la rage. In-12. Paris, G. Baillière. Fr. 3½.

CHARITÉ-ANNALEN. Hrsg. v. der Dir. d. Kgl. Charité-Krankenhauses in Berlin, red. v. Mehlhausen. 4. Jahrg. (1877). Mit 1 Taf. Lex.-8. Berlin, Hirschwald. M. 20.

CORNIL V. Leçons sur la syphilis. Avec pl. In-8. Paris, Baillière et f. Fr. 10.

CUYER Ed. et G. A. KUHFF. Le Corps humain. 1 vol. in-8 de texte et 1 vol. de 25 pl. Paris, Baillière et f. Fr. 70.

DUJARDIN-BEAUMETZ. Leçons de clinique thérapeutique. 2e fasc.: Traitement des maladies de l'estomac. Avec 1 pl. In-8. Paris, Doin. Fr. 7.

DUJARDIN et AUDIGÉ. Recherches expérimentales sur la puissance toxique des alcools. In-8. Paris, Doin Fr. 10.

GALEZOWSKI. Des Amblyopies et des amauroses toxiques. In-8. Paris, Asselin. Fr 3½.

GALLARD T. Leçons cliniques sur les maladies des femmes. 2e éd. Avec 100 fig. In-8. Paris, Baillière et f. Fr. 13.

GANGHOFNER FRDR. Üb. die Tonsilla u. Bursa pharyngea. Mit 1 Taf. Lex.8. Wien, Gerold's Sohn. M. 90.

HENLE J. Zur Anatomie der Crystallinse. Imp.-4. Göttingen, Dieterich. M. 18.

JAHRESBERICHT üb. die Leistungen u. Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie. Red. v. Albr. Nagel. 7 Jahrg. f. 1876. 2 Hälfte. gr. 8. Tübingen, Laupp. M. 6.

KNOLL Ph. Üb. die Wirkung v. Chloroform u. Aether auf Athmung und Blutkreislauf. 2 Mittheilg. Mit 5 Taf. Lex.-8. Wien, Gerold's Sohn. M. 2. 60.

LANDOIS L. Lehrbuch der Physiologie des Menschen, einschl. d. Histologie u. mikroskop. Anatomie. Mit Holzschn. 1 Hälfte. gr. 8. Wien; Urban et Schw. M. 9.

LARCHER O. Mélanges de pathologie comparée et de tératologie. In-8. Paris, Asselin. Fr. 7.

MAUTHNER Ludw. Vorträge aus d. Gesammtgebiete d. Augenheilkunde. 2 Hft. 2 Abth. gr. 8. Wiesbaden, Bergmann. M. 1. 60.

NUSSBAUM J. N. v. Leitfaden zur antiseptischen Wundbehandlung, insbesondere zur Lister'schen Methode. 2 Aufl. gr. 8 Stuttgart, Enke. M. 3

REGNARD P. Recherches expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires In-8. Paris, Delahaye. Fr. 10.

ROBIN Ch. Anatomie et physiologie cellulaires. In-8. Paris, Baillière et f. Fr. 16.

ROTH. Veröffentlichungen aus dem Königl. Sächs. Militair-Sanitäts-Dienst. Hrsg. v. Wilhelm Roth. Mit 29 Holzschn. u. 5 Taf. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 9.

SCHLÄPFER Ulr., üb. die vollständige Exstirpation der Zunge. Mit 1 Taf. gr. 8. Zürich, Meyer et Zeller. M. 2.

SCHUSTER Adb. Die epidemische Diphtheritis. gr. 8. Wien, Sintenis M. 1. 20

WOILLEZ E. J. Traité théorique et clinique de percussion et d'auscultation. Avec 101 fig. In-12 Paris, Delahaye Fr. 10.

ALBERT Ed. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Vorlesungen. Mit. Holzschn. Hft. 22—25 gr. 8. Wien, Urban et Schw. à M. 1 60.

ANWEISUNG zur Desinfektion. Verf. i. A. der Conferenz d. Med.-Beamten d Rgbz. Düsseldorf. gr. 8. Nebst e. Desinfektions-Taf. Oberhausen, Spaarmann M. 75.

ARCHIV f. Anat. u. Physiologie. Hrsg. v. W. His u. W. Braune u. E. Du Bois-Reymond. Jahrg. 1879. 2 Abthlgn. à 6 Hfte. gr. 8. Leipzig, Veit et Co. M. 50.

BADAL. Clinique ophthalmologique. Avec fig. In-8. Paris, Delahaye. Fr. 4.

BENEKE F. W. Zur Ernährungslehre d. gesunden Menschen. gr. 8 Kassel, Kay. M. 80.

— Ueb. das Volumen d. Herzens u. die Weite der Arteria pulmonalis u. Aorta ascendens in den verschied. Lebensaltern. Mit 3 Taf. gr. 4. Ebd. M. 4.

BENEKE F. W. Ueb. die Weite der Iliacae communes, Subclaviae u. Carotides communes in den verschied. Lebensaltern. Mit 6 Taf. gr. 4. Kassel, Kay. M 5.

BERICHT, ärztlicher, d. k. k. allgem. Krankenhauses zu Prag. v. J. 1877. Mit 3 Taf. gr. 8. Prag, Calve. M. 3.

— Über die Untersuchung der Heizungs- u. Ventilations-Anlagen in den städt. Schulgebäuden in Bezug auf ihre sanitären Einflüsse, erstattet i. A. des Magistrats zu Berlin. gr. 8. Berlin, Beelitz. M. 1. 50.

BERNARD CLAUDE. Leçons sur les phénomènes de la vie, communs aux animaux et aux végétaux. T. II. In-8. Paris, Baillière et f. Fr. 8.

BEURMANN L. Recherches sur la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux. In-8. Paris, Baillière et f. Fr. 2.

BEY M. H. Beitrag zur Casuistik d. Croups u. seiner medicamentösen u. operat. Behandlg. Mit 1 phot. Taf. gr 4. Heidelberg, C. Winter. M. 2.

BILLROTH Th. Chirurgische Klinik Wien 1871—1876. Nebst e. Gesammt-Bericht über die chirurgischen Kliniken in Zürich u. Wien 1860—76. Erfahrungen auf dem Gebiet der pract. Chirurgie. Mit 12 Taf. u. 4 Holzschn. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 24.

BOUCHARDAT A. et J. Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1879. Gr. in-32. Paris, G. Baillière. Fr. 1½.

BROWN-SÉQUARD. Doctrines relatives aux principales actions des centres nerveux. In-8. Paris, G. Masson. Fr. 1.

BRUNS V. v. Die Amputation der Gliedmassen durch Zirkelschnitt m. vorderem Hautlappen gr. 8. Tübingen, Laupp. M. 2. 80.

BUCQUOY J. Leçons cliniques sur les maladies du coeur. 4e éd. Avec fig. In-4. Paris, Delahaye. Fr. 3½.

CAPAUN-KARLOWA C. F. Unsere Lebensmittel. 8. Wien, Hartleben M. 2.

CARRIÉ L. Contribution à l'étude des causes empêchant l'ablation définitive de la canule après la trachéotomie chez les enfants. In-8. Paris, Coccoz. Fr. 2.

CHALYBÄUS Th. Die Kindersterblichkeit in der grossen Stadt und der Einfluss der Milhnahrung auf dieselbe. gr. 8. Dresden. R. v. Zahn. M. 0·50.

CLARK A. L. A Treatise on the Medical and Surgical Diseases of Women. 8. Chicago. sh. 20.

Komisyja sądowolekarska Tow. lek. krak. odbędzie w Poniedziałek dn. 30 czerwca o godzinie 5éj posiedzenie zwykłe, na którém: 1) prof. Olszewski będzie miał wykład dawniéj zapowiedziany; 2) prof. Zatorski mówić będzie o potrzebie rewizyi przepisów ustawy cywilnéj o obłąkanych, a wreszcie 3) prof. Blumenstok poda uwagi sądowolekarskie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 2 lipca o godz. 5éj posiedzenie zwykłe, na którém: 1) kol. Kohn będzie miał wykład dawniéj zapowiedziany, poczém 2) kol. Pieniążek mówić będzie o porażeniach mięśni krtani.

Wiadomość o kąpielach w Jastrzembiu na Górnym Szląsku. Źródło jastrzembskie zawdzięcza wartość swoją z jednéj strony wielkiéj ilości jodu, która to większą jest o połowę od ilości jodu źrodła w Kreuznach, z drugiéj zaś strony pomyślnemu stosunkowi, z jakim ilość jodu i bromu do innych soli pozostaje. Źródła tego używać mogą chorzy najrozmaitszego wieku tak do picia jak i do kąpania bez wszelkich dodatków, tak jak w Kreuznach. Choroby, które w kąpielach jastrzębskich z jak najpomyślniejszym rezultatem leczą się, a które to rezultaty przez najsławniejszych berlińskich i wrocławskich lekarzy są stwierdzone, są następujące: 1) Chroniczne nabrzmienie macicy. 2) Wszelkie nieprawidłowości miesiączki. 3) Białe upławy, których przyczyną zołzy lub chroniczne zapalenie błony macicznéj lub pochwy. 4) Włókniaki maciczne. 5) Chroniczne zapalenie jajników i równoczesne powiększenie się tychże. 6) Wszelkie choroby gruczołów piersiowych. 7) Wszelkie zwiększenia się i choroby gruczołów we wszystkich częściach ciała. 8) Próchnienie i martwienie kości. 9) Kiła i w najwięcéj zastarzałych przypadkach. 10) Wiele chorób skórnych. 11) Gościec i wszelkie udary. 12) Skrofuliczne zapalenie ócz i uszu.

Podróżni, którzy z Pesztu, Wiednia i Pragi przyjeżdzają, najlepiéj czynią, jeżeli posługują się koleją północną Ces. Ferdynanda przez „Oderberg“ do „Petrowic“, która to stacyja tylko $^3/_4$ mili jest oddaloną od Jastrzembia. Podróżnym z Polski poleca się kolej warszawską przez Katowice, Rybniki, ze Lwowa przez Kraków, Oświęcim do Petrowic. Z Rybnik chodzi codziennie poczta, a prócz niéj każdéj chwili są konie prywatne do dyspozycyi. Pomieszkań w Jastrzembiu jest bardzo dużo. Sześćset pokoi jest gotowych na przyjęcie gości; najlepiéj jednak jest przed przybyciem do Jastrzembia zamówić sobie przez zarząd tak konie jak i pomieszkanie. Na wszelkie zresztą zapytania daje jak najchętniéj odwrotną odpowiedź dyrygujący lekarz

Dr. Weissenberg.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcha.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 5 lipca 1879. **№ 27.** Rok XVIII.

I. Wymiana materyi w hidroterapii chorób przewłocznych.

Napisał Dr. **M. Gumplowicz** w Priessnitzthal pod Wiedniem.

W literaturze balneoterapii i hidroterapii „wymiana materyi“ od dawien dawna odgrywa pierwszorzędną rolę; jest ona za zgodném zdaniem autorów bezpośrednim w y n i k i e m użytéj metody leczniczéj, a zarazem pośrednią p r z y c z y n ą zbawiennych jéj skutków. Balneoterapija i hidroterapija głównie działają zdaniem ogółu lekarzy dawniejszych i nowszych przez wpływ na wymianę materyi. Ogólne to zdanie wytworzyło się niezawodnie na obszernéj podstawie licznych i niewątpliwych spostrzeżeń klinicznych, jakie nam przebieg chorób przewłocznych pod wpływem wspomnionych metod leczniczych nastręcza. O tyle też zdanie to jest zupełnie uzasadnioném i nie da się zbić jakiémkolwiek doświadczeniem na zwierzętach lub na organizmie zdrowego człowieka pod sztucznemi warunkami w pracowniach fizyjologicznych wykonaném. Natomiast zdania i pojęcia o właściwéj sprawie fizyjologicznéj, jakaby miała towarzyszyć owéj sztucznéj i z namysłu dokonanéj modyfikacyi wymiany materyi, być jéj przyczyną a zarazem i dalszym wynikiem, zdania i pojęcia te podledz obecnie muszą gruntownemu przekształceniu, o ile że cały szereg nowszych ścisłych badań w tym kierunku przedsięwziętych sprawę tę po części wyjaśnia i poniekąd w nowém przedstawia świetle. Ograniczając się w uwagach niniejszych wyłącznie do hidroterapii chorób przewłocznych, postaramy się w krótkich zarysach podać fakta kliniczne stanowiące podstawę dawniejszych wywodów o wymianie materyi i wykazać o ile nowsze badania fizyjologiczne posłużyć nam mogą do ich wyjaśnienia i wytłumaczenia.

Gdy w danym przypadku stosujemy hidroterapiję w celu leczenia choroby przewłocznéj, pierwszy objaw jaki nam świadczy o odmiennym trybie, a mianowicie o szybszym prądzie życia organicznego, jest tego rodzaju, iż fizyjolog przywykły do ścisłych badań zaledwie się z nim liczyć zechce: jest to podwyższenie łaknienia. Rzeczywiście biorąc pod uwagę jeden tylko poszczególny przypadek trudno ocenić i orzec, o ile objaw po części tak czysto podmiotowy jest wynikiem użytych środków hidryjatycznych lub też innych przypadkowo z hidroterapiją łączących się stosunków, o ile zależy od zmiany całego trybu życia, zmiany pokarmu, stosunków zewnętrznych. Oprzeć się tu jedynie można, że tak powiemy, na prawidłach statystycznych. Zestawiając długie szeregi podobnych przypadków, zwłaszcza takich, w których się nie rozchodzi o drobnostkowe, lecz o znaczne i niewątpliwe różnice, trudno się z myślą oswoić, jakoby objaw fizyjologiczny, występujący tak często i tak dobitnie, zależeć miał jedynie od przypadkowych warunków. Owszem wytwarza się mimo woli przekonanie, iż wszędzie jakiś stały czynnik działanie swe wywiera: ztąd powstało u lekarzy zdanie, że użyte środki hidryjatyczne same przez się zwiększają rozkład i ubytek materyi organicznéj, w skutek czego wzmaga się potrzeba nowych materyjałów odżywczych.

Drugi fakt, podpadający już pod ściślejsze obliczenie, tyczy się zmian, jakim ulega ciężar ciała w przebiegu leczenia hidryjatycznego chorób przewłocznych. W zakładach wodoleczniczych ściśle, o ile możności, śledzenie ciężaru ciała bywa ulubioném zajęciem chorych i stanowi dla nich nieraz, słusznie czy niesłusznie, miarę, według któréj oceniają przebieg swéj choroby i wynik kuracyi; wykazuje ono często zmiany bardzo znaczne, bo wynoszące kilka do kilkunastu funtów w kierunku dodatnim lub ujemnym i to w krótkim stosunkowo przeciągu czasu. Z licznych doświadczeń wynika, że zmiany takie bywają zazwyczaj w pewnym związku z rodzajem użytych środków hidryjatycznych, chociaż i innym czynnikom, mianowicie zmianom chorobowym, jakim organizm chwilowo lub stale podlega, ważny w tém przypada udział. Ztąd też śledzenie uważne wagi ciała służyć może i rzeczywiście służy często lekarzowi za ważną wskazówkę praktyczną w zastosowaniu różnych środków i metod hidryjatycznych. Bądź co bądź zmiany tak dobitne są niewątpliwą oznaką, iż czy to rozkład istoty organicznéj, czy też asymilacyja pokarmu, czy też obie te sprawy łącznie w niezwy-

kłych się odbywają rozmiarach i w niezwykłym wzajemnym stosunku. Najbardziéj może charakterystycznym w tym względzie jest fakt kliniczny, dostrzegany niekiedy w ciągu leczenia u osób otyłych. Wydarza się nieraz, iż objętość ciała takich osób widocznie i znacznie się zmniejsza, podczas gdy waga ciała zaledwie się zmienia. Jeżeli gdzie to w takich przypadkach słusznie twierdzić możemy, że zaszła „wymiana materyi"; widocznie część tłuszczu, nagromadzonego w organizmie tych chorych, zniknęła, a ubytek zastąpiony został po części tkanką organiczną, posiadającą znaczniejszy ciężar gatunkowy.

Jako dalszy objaw kliniczny świadczący o ważnych zajściach w przebiegu wymiany materyi przytoczyć nam wypada uderzające nieraz zmiany co do ilości i jakości wydzielin organicznych tak prawidłowych jak i patologicznych. Zaliczamy tu spostrzegane przez różnych autorów znaczne podwyższenie ilości wydzielanego dziennie mocznika, podwyższenie lub zmniejszenie ilości wydzielanych soli fosforowych, szybsze wydzielanie plwocin itd. Wprawdzie w zwykłym trybie leczenia niepodobna ściśle zbadać i oznaczyć zmian, jakie tu zaszły, gdyż nam zbywa na głównych ku temu niezbędnych warunkach. Nie znamy przedewszystkiém stosunków wymiany materyi, jakie panowały u osób poddających się leczeniu hidryjatycznemu przed rozpoczęciem kuracyi, nie łatwo też w przebiegu leczenia poddać osoby, mające jedynie odzyskanie zdrowia na myśli, żmudnym często badaniom w celach naukowych. I tu jednak liczba i doniosłość postrzeganych zjawisk zastąpiła i zastępuje nam brak dokładnych i szczególnych badań i nadaje nam prawo do wnioskowania z nich o zachodzących ważnych przeistoczeniach organicznych.

Słusznie zatem na podstawie powyższych faktów wytworzyło się ogólne zdanie, że w hidroterapii chorób przewłocznych wymiana materyi ulega znacznym zmianom i że między temi zmianami a skutkiem leczniczym istnieć musi jakiś stały a ścisły związek. Zachodzi więc tylko pytanie, o ile nowsze prace fizyjologiczne wyjaśnić by były w stanie, jakie tu czynniki i w jaki sposób działają i jakie znaczenie lecznicze przypisać wypada odmiennemu trybowi wymiany materyi?

Pierwszym i najważniejszym czynnikiem, z jakim się hidroterapii liczyć wypada, jest oczywiście wpływ ciepłoty zewnętrznéj na tryb życia organicznego. O ile mianowicie środki ujmujące ciału mniéj więcéj znacznéj ilości ciepła stanowią właściwą podstawę hidroterapii, o tyle badania mające na celu wyjaśnić sposób działania tychże środków w téj mierze przedewszystkiém zasługują na uwagę. Stósownie też do tego najliczniejsze i najwięcéj w szczegóły wnikające badania fizyjologiczne tyczą się kwestyi, w jaki sposób i jak dalece zmiana ciepłoty zewnętrznéj wpływa na przebieg przekształceń chemicznych w żywym organizmie?

Wiadomo, że kwestyja ta, długi czas sporna, obecnie jest już mniéj więcéj stanowczo wyjaśnioną. Okazało się, że ogólne prawo fizyczne, według którego niższa ciepłota zwalnia a wyższa przyspiesza wszelki rozkład chemiczny, zachowuje swą ważność również w obec rozkładów chemicznych stanowiących podstawę wszelkiego życia organicznego, że zatém w ogóle zniżenie ciepłoty zwalnia a podwyższenie przyspiesza wymianę materyi. Okazało się jednak daléj, że u człowieka, jak niemniéj u wszystkich zwierząt o krwi ciepłéj, istnieje w stanie normalnym odrębny mechanizm nerwowy, który działa przeciw wpływom ciepłoty zewnętrznéj i do pewnego stopnia jest w stanie zobojętnić skutki tego wpływu, a nawet wprost im przeciwne wywołać. Mechanizm ten znany pod nazwą „regulacyi ciepła", w drodze odruchowéj przyspiesza wymianę materyi, skoro tylko niższa ciepłota poczyna działać na powierzchnię ciała. Z pomiędzy licznych badań, uskutecznionych w celu wyjaśnienia téj kwestyi, przytoczymy tu kilka najważniejszych. I tak K. Speck czyniąc badania swe u człowieka zdrowego obliczył, że tenże rozebrawszy się do naga przy ciepłocie zewnętrznéj 19° C. wydzielał w stanie zupełnego spokoju 0·624 gramów kwasu węglowego na minutę, co się równa mniéj więcéj stanowi normalnemu. Zanurzając zaś ciało aż po kolana w wodzie o 16° C. tenże sam człowiek wydzielał 0·698 gr. na minutę, a przy obmywaniu ciała wodą zimną liczba ta podniosła się aż do 0·742. Liebermeister zaś znalazł toż samo u człowieka zdrowego, że już kąpiel o 32·5° C. podwyższa nieco ilość wydzielanego kwasu węglowego, a kąpiel o 18° C. pomnaża ją w trójnasób. Najnowsze wreszcie badania Karola Voita, uskutecznione z wszelką dokładnością i z uwzględnieniem wszelkich czynników przypadkowych, wykazały, że zniżenie ciepłoty zewnętrznéj podwyższa wydzielanie CO_2 u człowieka, podwyższenie zaś ciepłoty aż do 16° C. wyżéj zera zmniejsza je. Cały szereg prac w tym samym kierunku przedsięwziętych doprowadził do podobnych wyników. Że zaś rzeczywiście tylko mechanizm nerwowy regulacyi ciepła drogą odruchową takie objawy sprzeczne na pozór z ogólném prawem fizyczném wywołuje, o tém świadczy szereg innych badań, w których ważność owego prawa względem rozkładu żywéj istoty organicznéj na jaw występuje. Zaliczamy tu następujące doświadczenia:

1) U zwierząt o krwi zimnéj. Tak między innymi Hugon Schulze wykazał, że u żab przy ciepłocie zewnętrznéj od 1—34° C. wzrastającéj ilość wydzielanego kwasu węglowego i ilość zużywanego tlenu proporcyjonalnie wzrasta.

2) U zwierząt podlegających snu zimowemu podczas tego snu (Spallanzani).

3) U zwierząt o krwi ciepłéj po przecięciu rdzenia pacierzowego (Pflüger).

4) U tychże zwierząt po zatruciu za pomocą kurary (Pflüger).

Daléj Pettenkofer i Voit u człowieka porażonego w skutek zmian patologicznych ośrodków nerwowych znaleźli prawie zupełny brak regulacyi ciepła. Prócz tych doświadczeń wykazujących, że tam, gdzie mechanizm regulacyi ciepła zazwyczaj nie istnieje lub gdzie czynność tego mechanizmu sztucznie usuniętą została, prawo ogólne fizyczne bezwarunkowo wywiera swe działanie, prócz tych doświadczeń istnieją jeszcze inne, wykazujące wprost, że narząd nerwowy drogą odruchową jest w stanie przyspieszyć wymianę materyi. Wykazano, że drażnienie termiczne, mechaniczne, elektryczne i chemiczne nerwów czuciowych skóry, przyspiesza wymianę materyi. (Ob. prace Pflügera, Pettenkofera i Voita, Röhriga i Zuntza, Paalzowa, Moleschotta, Liebermeistera, Pflügera i Colasantego itd.)

Na podstawie tych faktów możemy zatem twierdzić, że środki hidryjatyczne ujmujące ciału pewną ilość ciepła przez drażnienie nerwów czuciowych skóry drogą odruchową przyspieszają wymianę materyi. Są tu jednak możebne dwa wyjątki. Pierwszy ma miejsce przy leczeniu hidryjatyczném chorób ostrych gorączkowych, jeżeli zdołamy za pomocą zastosowanych środków zniżyć ciepłotę gorączkową ciała. Omijamy tu tę kwestyję jako nienależącą do zakreślonego przedmiotu. Drugi wyjątek

przy racyjonalném leczeniu hidryjatyczném chorób przewlocznych nie powinien się nigdy wydarzyć, może on tylko być skutkiem przesadnego użycia hidroterapii lub niestosownego zachowania się chorego. W takim razie, po użyciu środków hidryjatycznych, t. z. reakcyja tj. oddziaływanie organizmu w obec niezwykłéj utraty ciepła albo zupełnie nie ma miejsca, albo następuje tylko w sposób niedostateczny; wynika ztąd zniżenie ciepłoty ciała, objawiające się przez bladość skóry, przeciągłe uczucie zimna, dreszcze i t. d. W takiém zachowaniu się organizmu znajdujemy wyraźną analogiję tych spostrzeżeń fizyjologicznych, w których przez ujęcie zbyt wielkiéj ilości ciepła ciepłota ciała się zniża, a następnie wymiana materyi się zwalnia.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Kazuistyka sądowolekarska.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10.)

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków

napisał prof. Dr. **Blumenstok**.

V. Zadławienie czy utopienie. Badanie włosów.

Dnia 22 października 1877 r. o godzinie 12éj w południe znaleziono w rzeczce przerzynającéj wieś K. zwłoki człowieka, około lat 50 liczyć mogącego, leżącego we wodzie na wznak z głową nieco w piasek wtłoczoną; wzdłuż rzeczki z jednéj strony prowadzi droga dosyć uczęszczana, drugi zaś brzeg rzeczki jest całkiem nieprzystępny z powodu gęstych krzewów; ciało zaś leżało we wodzie tak, że głowa była zwróconą ku chodnikowi, stopy zaś ku brzegowi niedostępnemu. Gdy ciało z wody wydobyto, takowe według zeznania świadków było całkiem sztywne, a na brzegu, w odległości $2\frac{1}{2}$ metra przeszło, znaleziono obfite ślady krwi skrzepłéj. W osobie zmarłego poznano mieszkańca téj wsi Feliksa B., którego widziano żywego po raz ostatni d. 21 października o godzinie wpół do 10téj w nocy, albowiem wtedy w stanie podpitym opuścił był kawiarnię, aby drogą wzdłuż rzeczki prowadzącą powrócić do domu.

Sekcyja sądowa wykonana w dniu 25 października przez lekarzy miejscowych Dra D. i chirurga S. wykazała co następuje:

1) W trupiarni na cmentarzu w K. leżą zwłoki mężczyzny około 50 lat liczącego, wzrostu średniego, dość dobrze odżywionego, ubrane w koszulę z szarego płótna i spodnie. 2) Włosy na głowie ciemne prawie czarne, siwemi poprzeplatane, dość gęste, całe czoło zasiane drobnemi punkcikami brunatno-czerwonemi wielkości ziarnka maku. Tuż obok guza czołowego lewego na zewnątrz zdarcie przyskórka wielkości centa a naokoło tegoż drobne ekskoryjacyje wielkości siemienia lnianego; w miejscu odpowiedniém kości czaszki nie są uszkodzone. W okolicy przyusznéj lewéj dwa sińce obok siebie ułożone, jeden wielkości bobu, a drugi grochu okrągłego, sięgające w głąb przez powierzchowne warstwy skóry. Oczy zapadłe niezupełnie zamknięte, rogówki zmętniałe, otwory nosowe powleczone brunatno-czerwonemi skrzepami krwi, pod nosem na wardze górnéj cienki skrzep krwi postaci łukowato-podłużnéj, długości 2 cm. a szerokości 2 mm., na brzegu tejże wargi nad siekaczem przednim lewym siniec wielkości grochu, usta zamknięte, koniec języka zębami zaciśniony, zęby w większéj części spruchniałe. 3) Na szyi na palec poniżéj kąta lewego szczęki dolnéj 5 podłużnych zdarć przyskórka, brunatno-czerwonych, w poziomie i równolegle względem siebie przebiegających długości od $\frac{1}{2}$ do 1 cm., a szerokości 2 mm., oddalonych od siebie na 1 cm. przebiegają one w dwóch rzędach, 2 w górnym a 3 w dolnym; w odpowiedniém zaś miejscu po stronie prawéj skóra wielkości i postaci bobu różowawa, ale nie pozbawiona przyskórka, chrząstki krtaniowe nie złamane. 4) Klatka piersiowa dobrze sklepiona, brzuch nieznacznie wzdęty, w dolnéj części tegoż jak niemniéj na tylnéj powierzchni tułowia i na pośladkach plamy rozległe różowo-sinawe. 5) Powłoki ogólne osobliwie na odnogach dają wybitny obraz tak zwanéj gęsiéj skóry, prącie skurczone. 6) Skóra głowy miernéj grubości, naczynia jéj nastrzykane, kości czaszki niezbyt grube, śródkoście w krew obfite, twardówka lekko nastrzykana, zatoki żylne obficie krwią czarną płynną napełnione, gruczoły Pachiona licznie rozwinięte, opony miękkie nad półkulami mózgu mocno zmętniałe i zgrubiałe, naczynia ich szerokie, w przestworach podpajęczych płyn surowiczy obficie nagromadzony, zwoje mózgowe wązkie, blade, rowki głębokie i szerokie, mózg na przekroju niezbyt licznie zasiany punkcikami krwawemi, sam miąższ wilgotny, połyskujący, w komórkach bocznych płyn surowiczy przeźroczysty w ilości 4 grm., wyściółka tychże komórek zgrubiała, lekko nastrzykana, w komórce 4téj płyn surowiczy w ilości 2 grm., zatoki żylne na podstawie czaszki przepełnione krwią czarną, płynną w obfitéj ilości. 7) Wewnątrz krtani i tchawicy płyn czerwony pienisty, błona śluzowa tychże nastrzykana, oba płuca za pomocą tkanki ścięgnistéj mocno do ścian klatki piersiowéj i do przepony przyczepione, na brzegach ich pęcherzyki rozdęte, na przekroju brunatno-czerwone i w krew obfite; z oskrzeli daje się wycisnąć gęstawy płyn pienisty czerwono zabarwiony. 8) Serce wiotkie, pokryte w większéj części warstwą tłuszczową, wewnątrz komórki prawéj krew czarna, płynna i mały skrzep włóknikowy, komórka lewa krwi nie zawiera, zastawki prawidłowe. 9) Wątroba wielka, brzegi jéj tępe, płat prawy z otrzewną tkanką ścięgnisto zlepiony, na przekroju jednostajnie ciemnoczerwone i w krew obfite. 10) Torebka śledziony nieco pomarszczona, w niéj 2 chrząstniaki blaszkowate po stronie wypukłéj, jeden wielkości $\frac{1}{2}$ cm., drugi wielkości bobu dużego. 11) Obie nerki na powierzchni gładkie, ciemno-czerwone, na przekroju w krew obfite. 12) Żołądek zawiera ciecz wodnistą w ilości 200 grm., przypominającą swym zapachem wódkę, w któréj to cieczy gdzie niegdzie pływają resztki pokarmów koloru szarego łatwo w palcach rozgnieść się dające; błona śluzowa nastrzykana, rozpulchniona, pokryta grubą warstwą śluzu szarego. 13) Kiszki cienkie i grube na swéj powierzchni szaro zabarwione, wewnątrz kał zbity osobliwie w grubych nagromadzony, błona śluzowa pierwszych bladoróżowa, cienką warstwą śluzu pokryta. 14) Pęcherz moczowy w połowie moczem napełniony.

Zaraz po odkryciu zwłok rozeszła się pogłoska, że denat zginął z ręki zięcia swego Wincentego P., z którym żył w niezgodzie z powodu gruntu, a który miał mu nieraz grozić, że go zadławi i do wody wrzuci. Podejrzenie to wzmogło się, gdy pojawił się świadek, który podał, iż wracając d. 21 października koło godziny 10téj w nocy do domu drogą ową, prowadzącą wzdłuż rzeczki, spotkał najprzód mężczyznę w długiéj guni, w którym według wzrostu i chodu chciał poznać Wincentego P., a minąwszy się z tym mężczyzną na kilkadziesiąt kroków daléj usłyszał wśród krzaków

stękanie, ale przypuszczając, że tam para miłosna zły uczynek spełnia, szedł daléj aż na drodze znalazł okrajek $1\frac{1}{2}$ metra długi, który zabrał ze sobą i usłyszawszy o znalezieniu zwłok Feliksa B. wręczył żandarmeryi; gdy zaś żandarm pojawił się w pomieszkaniu Wincentego P. z okrajkiem, wtedy ostatni zdradził wielkie zamięszanie, a następnie pokazało się, że okrajek istotnie pochodzi od płotu Wincentego P., oraz że tenże na kilka dni przed śmiercią Feliksa B. wypożyczył sobie był gunię długą od sąsiada, który po odebraniu jéj po śmierci Feliksa B. twierdził, że takowa jest uszkodzoną, a nadto okazuje kilka miejsc, jakoby świeżo wypranych, a kilka nawet jeszcze poplamionych.

Orzeczenie pierwszych pp. znawców opiewało jak następuje:

A) Zmiany znalezione przy sekcyi zwłok Feliksa B. są dwojakiego rodzaju, a mianowicie dawne i w ostatnich chwilach życia powstałe.

Do pierwszych należą: Zmętnienie i zgrubienie opon miękkich mózgu, znaczny rozwój gruczołów Pachiona, wysięk surowiczy w przestworach podpajęczych i komórkach mózgowych, stłuszczenie ścian sercowych, powiększenie wątroby, nieżyt żołądka i kiszek przewlekły.

Do drugich zaś należą: *a*) obrażenia cielesne opisane w wywodzie pod l. 2 i 3, które przy sekcyi przez nacięcie jako za życia powstałe stwierdzone zostały. *b)* krew płynna czarna, obficie nagromadzona w zatokach i w żyłach mózgowych i w prawéj komórce serca w obec braku tejże w komórce lewéj, płyn krwawy pienisty w krtani i tchawicy i płyn wodnisty w żołądku nagromadzony, co tylko za życia stać się mogło podczas ruchów oddechowych i połykania, daléj przekrwienie płuc, wątroby i nerek a wreszcie skurczenie prącia i tak zwana gęsia skórka ogólnych powłok ciała.

B) Następnie śledztwo sądowe wykazało, że *a)* woda, w któréj leżały zwłoki Feliksa B. jest głęboką 64 cm. a szeroką 3 m. 20 cm. że miejsce to po stronie prawéj nie jest dostępne, po lewéj zaś od chodnika tamtędy prowadzącego 7 m. 48 cm. oddalone i przez świerki koło tegoż brzegu stojące jest poniekąd zabezpieczone. *b)* Że denat leżał w wodzie na wznak z głową zwróconą do brzegu lewego i wciśniętą tyłogłowiem, czapką nakrytém, w muł na dnie wody się znajdujący tak głęboko, że woda twarz pokrywała i że reszta ciała mniéj więcéj wyprostowana zwróconą była ku brzegowi prawemu, tj. niedostępnemu. *c)* Wreszcie że woda w czasie znalezienia w niéj zwłok była zupełnie czystą i niezmąconą, że wówczas może w godzinę po wydobyciu zwłok z wody stężenie pośmiertne trupa było zupełne i przy odwróceniu tegoż na twarz do ziemi wypłynęła woda nosem i ustami w obfitéj ilości.

Na podstawie wyników sekcyi zwłok i śledztwa sądowego orzekamy:

I. Że Feliks B. zmarł śmiercią nagłą w skutek utonienia; dowodem czego są zmiany powyżéj opisane.

II. Że utonienie nie było przypadkowém, tylko nastąpiło za pośrednictwem obcéj ręki; za czém przemawiają okoliczności przytoczone powyżéj w ustępie B. *a) b)*, mianowicie denat leżał w wodzie na wznak z głową zwróconą ku stronie jedynie jeszcze przystępnéj i głęboko w muł wciśniętą, co bez pośrednictwa obcéj ręki stać się nie mogło; ścieżka nie prowadzi samym brzegiem, owszém w oddaleniu od tegoż dość znacznėm, a nadto obrażenia na głowie A *a)* w skutek przyłożenia się ręki obcéj powstały w ostatnich chwilach życia.

III. Że obrażenia cielesne w ustępie A *a)* opisane każdo dla siebie i wszystkie razem są lekkiemi, a z nich opisane pod l. 2 w wywodzie zadane zostały ciałem twardém, nie zbyt gładkiém, coby odpowiadało okrajkowi, ale z niewielką siłą użytemu. Opisane zaś pod l. 3 obrażenie zadane zostało ręką i to ręką prawą przez uchwycenie pod gardło, za czém przemawiają zdarcia przyskórka na szyi po stronie lewéj ze względu na kształt i układ względem siebie, a dokonane najprawdopodobniéj paznokciem palca trzeciego i czwartego tejże ręki; lekki zaś siniec po stronie prawéj szyi odpowiadałby w zupełności uciśnięciu brzuścem palca wielkiego.

IV. Ślady krwi na ziemi w pobliżu miejsca utonienia znalezione tłumaczymy krwotokiem z nosa (l. 2) wywołanym przez uderzenie w głowę.

V. Co do czasu, w którym Feliks B. życie postradał, tyle powiedzieć możemy, że śmierć nastąpiła w 8 do 12 godzin przed znalezieniem zwłok w wodzie, albowiem d. 22 października o godz. 12téj w południe, a mniéj więcéj w godzinę po znalezieniu trupa, stężenie pośmiertne było zupełne, co zwykle następuje w 8 do 12 godzin po śmierci; przed wydobyciem zaś trupa z wody ta ostatnia była zupełnie przeźroczysta niezmącona.

VI. Że zmarły Feliks B. był pijakiem nałogowym; za czém przemawiają zmiany przytoczone jako dawne.

VII. Że ocucenie tylko w pierwszéj chwili byłoby możliwém.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. O zapaleniu nagminném opon mózgo-rdzeniowych w Chrzanowie.

Napisał Dr. **Karol Benda**,
asystent sanitarny.

Literatura zapalenia opon mózgo-rdzeniowych wprawdzie dosyć bogata, jest przecież jeszcze młodą, gdyż pierwszy dokładniejszy opis téj choroby podał Vieusseux w r. 1805 podczas szerzącéj się epidemii w Genewie i jéj okolicy. Anatomija patologiczna i przebieg téj choroby jest nam dokładnie znany z ostatnich dziesiątków lat; pozostaje jednak jeszcze wiele do życzenia co do przyczyn wywołujących tę chorobę, zasługującą na baczną uwagę tak pod względem znacznéj śmiertelności, jako też i następstw, które za sobą pociąga.

Ponieważ choroba ta pojawia się dosyć rzadko, poczytuję sobie za obowiązek podania na tém miejscu krótkiego opisu moich spostrzeżeń w Chrzanowie, gdzie ta choroba podczas mego urzędowania już dwukrotnie nagminnie się pojawiła, w nadziei, iż ten krótki opis przyczyni się kiedyś, chociaż w części, do bliższego wyjaśnienia powstawania i przyczyn choroby.

W roku 1874 zapalenie opon mózgo-rdzeniowych wystąpiło w Chrzanowie w porze wiosennéj lecz w małéj liczbie (8) przypadków, które się zdarzyły w ciągu dłuższego czasu (3 — 4 miesięcy). Z 8 chorych zmarło wtedy troje, reszta wyzdrowiała z pozostawieniem ślepoty w jednym, głuchoty w dwóch, a porażenia prawego nerwu twarzowego w jednym przypadku u dziewczyny 17-letniéj, które powoli samo ustępowało.

Obecnie choroba wystąpiła w krótkim czasie z znaczną stosunkowo liczbą przypadków, gdyż w przeciągu 3ch tygodni zachorowało 12 osób, okazał zatém wybitny charakter nagminny. Niechcąc nużyć szan. czytelników obszernym opisem poszczególnych przypadków, skreślę tylko zbiorowo przypadłości, śród których w téj epidemii choroba się przedstawiała.

Pierwsze 3—4 przypadki objawiły się dreszczykiem, z następną gorączką, nieznośnym bólem głowy (tyłogłowia), wymiotami; 1go lub 2go dnia nastąpiły drgawki z utratą przytomności, równocześnie występowało nadzwyczajne rozdrażnienie zmysłów, światłowstręt, niespokojność, niekiedy wyprężenie karku, szczękościsk. Twarz była czerwona z wyrazem bolesnym lub obojętnym. W kilka dni ustępowały te przypadłości, a chorzy zdrowieli, jednak osłabieni i wychudli powoli tylko odzyskiwali dawniejsze zdrowie i siły.

W późniejszym przebiegu epidemii chorzy prędko i zupełnie pozbawieni przytomności, która w tych razach już nie powracała, miewali częste napady drgawek padaczkowych, do których przystępowały bolesna nadczułość, porażenia, tężcowe naprężenie grzbietu i odnóg. Ciepłota ciała dochodziła już w samym początku do 41°, później jednak opadała, odnogi stawały się zimnemi, tętno drobne, nieregularne, 140, często nie do zliczenia. We wszystkich ciężkich przypadkach powstawała wysypka w postaci różyczki na karku, tułowiu a czasem i na odnogach, często zaś wyprysk na wargach, a raz na małżowinie usznéj. Śledziona mało obrzękła, w moczu nieco białka, wydzielanie moczu było wstrzymane, albo mocz odchodził mimowolnie. Jeżeli choroba kończyła się pomyślnie, ustawało najpierw stężenie, drgawki bywały rzadsze, aż zresztą zupełnie ustawały, nadczułość znikała a następował stan spokojny, tętno stawało się silniejszém, a chorzy domagali się jedzenia. Śmierć zaś następowała w gwałtowniejszych przypadkach już w przeciągu 24—48 godzin w skutek porażenia ośrodków nerwowych, przy dłuższém trwaniu choroby z końcem 1go lub 2go tygodnia, wśród objawów porażenia lub ogólnego wyniszczenia sił. Wyzdrowienie zdarzało się dopiero po 4—6 tygodniach, a rekonwalescencyja znowu trwała kilka tygodni. U dziewczynki 13-letniéj choroba nawet po 2-tygodniowéj remisyi ponownie wystąpiła, przybrawszy obecnie przebieg przewlekły (trwa bowiem już blisko 3 miesięcy). U téj saméj choréj spostrzegłem jako powikłanie: zapalenie tęczówko-rzęskowe z wypociną ropiastą w komórce tylnéj, u dwóch innych chorych zaś zapalne zajęcie stawów, a jako choroba następowa u chłopczyka 9-letniego pozostało po wyzdrowieniu porażenie zwieracza odbytnicy i pęcherza.

Przyczyna choroby jest nieznaną, zdaje się jednak, że niekorzystne stosunki higijeniczne i zaziębienie sprzyjają jéj powstaniu.

Stwierdzić można było w téj epidemii także, że choroba nie jest zarażającą, gdyż występowała nie gromadnie, wyrywając z pomiędzy rodzin składających się z licznych osób tylko po jednéj. Tylko w jednéj rodzinie zachorowało równocześnie z pomiędzy 6ga dzieci dwoje. Nadto przekonałem się w téj epidemii, że choroba także pojawić się może dwukrotnie, gdyż niewiasta, która w roku 1874 po raz pierwszy zapadła na zapalenie opon mózgo-rdzeniowych, które pozostawiło, (jak to powyżéj już wspomniałem) porażenie nerwu twarzowego po stronie prawéj, będąc obecnie zamężną, licząca lat 22, w 6tym dniu po porodzie, który był 2gim z kolei, a również jak 1szy prawidłowy, nagle zachorowała znowu na chorobę przedstawiającą cały szereg przypadłości właściwych zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych, któremu uległa w 6tym dniu trwania choroby.

Przebieg epidemii starałem się uwidocznić w następujących cyfrach:

Ludność chrzanowska wynosi 7·000. Choroba pojawiła się 15 kwietnia a ustała 20 czerwca rb. Zachorowało mężczyzn 2, kobiet 5, dzieci 5, razem 12; wyzdrowiało mężczyzn 2, kobieta 1, dzieci 4, razem 7; umarło kobiet 3; pozostały w leczeniu kobieta 1 i dziecko 1. Co do wieku w szczególności zachorowało 1 dziecko mające 4 miesiące, 2 mające 3 lata, 2 mające 5 lat, 1 sześcioletnie, 1 9-letnie, 1 10-letnie, 1 mające 13 a 1 14 lat, 2 osoby mające lat 22 i 38.

Wreszcie namienić muszę, że wyjąwszy Chrzanów w całéj tutejszéj okolicy nie wydarzył się żaden przypadek téj choroby, która dziwnym sposobem panowała wyłącznie pomiędzy starozakonnymi, mieszkającymi przecież razem w tych samych ulicach a nawet domach z katolikami. Tę okoliczność w ten tylko sposób wytłumaczyć można, że stan wieśniaczy, do którego policzyć należy także tutejszego mieszczanina, jest więcéj zatrudniony na polu w świeżém powietrzu, przezco nie ulega tak łatwo szkodliwym wpływom, jak starozakonni więcéj zdelikaceni, gęsto a w nieczystości mieszkający.

L e c z e n i e. Z początku stosowałem silne leczenie przeciwzapalne: pijawki, okłady z lodu na głowę i kark, zimne obmywanie i zlewanie, następnie wcieranie szaruchy; wewnętrznie makowiec, morfin (ostatni także podskórnie), chloral. W okresie porażenia i zagrażającym zapadzie preparata chinowe, kamforę, piżmo, wino i t. p., na skórę gorczyczniki. W późniejszych okresach choroby lekką, pożywną dyjetę.

Z powyższego opisu dochodzę do następujących wniosków: 1) Choroba ta jest nagminną i występuje przeważnie w brudnych i ciasnych mieszkaniach zajętych znaczną liczbą osób. 2) Występuje ona przeważnie w drugiéj połowie zimy i na wiosnę, w miesiącach zaś cieplejszych pojawia się tylko sporadycznie. 3) Ogranicza się do pewnéj miejscowości, jak to miało miejsce w Chrzanowie, gdzie okoliczne miejscowości były wolne od choroby. 4) Co do usposobienia indywidualnego wiek młodociany odgrywa główną rolę, dla tego też przeważna liczba autorów zalicza chorobę tę do zakresu chorób dzieci. 5) A wreszcie przychyliłbym się do zdania, że zapalenie opon mózgo-rdzeniowych występuje samoistnie przy usposobieniu indywidualném, a nie przenosi się z chorego na zdrowego.

IV. Oceny i sprawozdania.

O wydzielinie gruczołów potnych.

Od czasu zapanowania w patologii grzybkowéj teoryi gorączki i dokonanego przez to samo zwrotu do *materia peccans* ojców medycyny, uwaga lekarzy praktycznych skierowała się ponownie ku wydzielinie potnéj: i gdy jedni (Serkowski) wychodząc z uświęconego przez Pasteura punktu widzenia rzeczy, usiłują pełnemi teoretycznéj loiki wywodami odgadnąć sfinksową zagadkę przeziębienia, przypuszczając zatrzymywanie zarodków zakaźnych w przewodach potnych, zbiegających się w skutek nagłego ostudzenia skóry, a teoryja ta dziwnie się schodzi z pojęciami ludów wschodnich, utrzymujących, że najpewniejszą drogą dostania się do ustroju zarazka jest zbliżenie się do ogniska zakaźnego w stanie

spoconym; to drudzy oparłszy się na codziennem klinicznem doświadczeniu, że chorzy na zimnicę, ropnicę, gorączkę powrotną itd. dostają istotnie potów krytycznych, że skóra gorąca i sucha daje im gorsze wyobrażenie o przebiegu choroby aniżeli wilgotnawa, nie mogą pozbyć się myśli, że wydzielanie potu ma ścisły związek z powstawaniem, przebiegiem i zejściem chorób gorączkowych i szukają światła w fizyjologii prawidłowéj, ażeby tém pewniéj i umiejętniéj tłumaczyć spostrzeżenia kliniczne.

Już przed rokiem 1876 *), w którym Ostroumow i Luchsinger, niezależnie od siebie, dowodzili niezależności wydzielania potu od układu nerwowego, wiedziano dobrze, że czynność ta skóry jest niezawisłą od krążenia krwi. Drażniąc nerw kulszowy i nerwy ramieniowe psa i kota, spostrzegali Kendall i Luchsinger pod opuszką palcową łapy obfite pocenie się; wydzielina ta nie była w żadnym stosunku do ciepłoty łapy, a bijącym w oczy dowodem, że wydzielanie potu nie zależy od krążenia, jest okoliczność, że objaw ten przy zastósowaniu prądu jednako się spostrzega i na odnodze odjętéj. Z doświadczeń tych wynika, że pot należy do istotnych wydzielin, tak jak np. ślina, że swoista czynność komórki gruczołów potnych nie powstaje przy zadziałaniu na gruczoł bodźców mechanicznych itd., lecz że tylko podniecenie nerwu wydzielającego wywołuje wydzielanie potu.

Luchsinger nie poprzestał na wykryciu powyższéj prawdy zasadniczéj, lecz w tymże samym roku zdał sprawę ze swych badań szczegółowych nad fizyjologiją potu (w archiwie Pflügera); badacz ten twierdzi, że włókna potne nerwu kulszowego pochodzą z brzusznéj części nerwu współczulnego; po przecięciu tego ostatniego, jeśli poddamy koniec obwodowy działaniu prądu elektrycznego, łapa zwierzęcia po stronie odpowiedniéj pokrywa się potem; efekt ten drażnienia prądem nie powstaje, jeśli przetniemy sam nerw kulszowy; jeśli umieścimy zwierzę w gorącéj łaźni po przecięciu brzusznéj części nerwu współczulnego, pocenie się powstanie tylko po stronie nieuszkodzonego nerwu. Daléj twierdzi Luchsinger, że włókna potne odnóg dolnych dostają się do nerwu współczulnego z rdzenia za pośrednictwem *rami communicantes;* znajdować się one mają w korzeniach przednich i występują z rdzenia 4-korzeniami lędźwiowemi i 2 lub 3 dolnemi piersiowemi. Luchsinger utrzymuje, że na wywołanie potu potężny mają wpływ odruchy.

Powszechnie znaną własność pilokarpinu wywoływania potów Luchsinger tłumaczy działaniem tego leku na ośrodki mózgowe: po podwiązaniu aorty wstrzykiwał Luchsinger roztwór pilokarpinu do żyły kota; w tych warunkach lek niemógł się dostać do gruczołów potnych drogą naczyń krwionośnych, a przecież na odnogach tylnych wystąpiło obfite pocenie; dla lepszego poparcia swego twierdzenia spożytkował Luchsinger dawniéj przez siebie udowodnioną własność atropinu zawieszania czynności potnych, występujących po zastrzyknięciu pilokarpinu; jeśli po upływie 10 minut po ustaniu potów w skutek zastrzyknięcia atropinu (0,003) ponownie się wstrzyknie pilokarpin (0,01) w podeszwę jednéj z tylnych łap, kropelki potu wystąpią niechybnie, lecz pocenie ogranicza się zwykle tylko do łapy, na któréj wstrzyknięcia dokonano, reszta zaś ciała, pozostając pod wpływem działania atropinu pozostaje suchą.

*) Podane poniżéj wyniki badań nad wydzieliną potną czerpałem z artykułów i sprawozdań umieszczonych w dzienniku *Le Progrès médical* z roku bieżącego.

Badania Nawrockiego potwierdziły wywody Luchsingera; autor ten dowiódł nadto, że ośrodek czynności potnych, tak dla łap przednich jak i tylnych, znajduje się w rdzeniu przedłużonym; oznaczył on przytém przebieg włókien potnych łap przednich i wykazał za pomocą nacięć poprzecznych rdzenia, że włókna te wychodzą z rdzenia pomiędzy 3 i 5 kręgiem szyjowym, następnie, że przechodzą one przez zwój gwiaździsty i przyjmując kierunek piersiowéj części nerwu współczulnego dosięgają splotu ramieniowego, i mogą być wykazane w nerwie środkowym (*medianus*) i łokciowym; przy istnieniu powyższego stosunku anatomicznego topografija unerwienia gruczołów potnych odnóg przednich przedstawia się w następny sposób: jeżeli drażnimy nerw środkowy prądem elektrycznym, pot powstaje na częściach nie pokrytych szerścią wielkiego, drugiego, trzeciego i połowy czwartego palca, oraz na części wewnętrznéj i środniéj podeszwy; jeżeli zaś podniecamy nerw łokciowy pokrywa się potem reszta palców i zewnętrzna część podeszwy; powyżéj opisane unerwienie należy do najczęstszych, lecz niezawsze można wykazać okolice tego unerwienia z matematyczną ścisłością; istnieje prawdopodobieństwo, że włókna nerwu środkowego czasem wkraczają w zakres podlegający nerwowi łokciowemu, i odwrotnie nerw łokciowy szerzy się na wewnątrz po za powyżéj podaną granicę anatomiczną.

Już w dni kilka po ogłoszeniu powyższych badań przez Nawrockiego, ponownie podał Luchsinger wyniki swych doświadczeń nad nerwami potnemi, a twierdzenia jego są w zupełności zgodne i tożsame z wyżéj podanemi przez Nawrockiego.

W tymże samym czasie (1878 r.) pojawiła się praca Adamkiewicza; badacz ten również poczynił swe doświadczenia na zwierzętach; potwierdza on wywody Luchsingera, że wydzielanie potu jest niezależném od krążenia, i że wywołaném ono być może: *a)* przez podrażnienie nerwów, *b)* przez wyobraźnię, *c)* i drogą zwrotną. Daléj Adamkiewicz twierdzi, że wydzielanie potu u człowieka jest obustronne i symetryczne; z bodźców ciepłotnych gorąco ma własność wzniecania potów, chłód zaś nie wywiera żadnego wpływu na pobudzenie czynności pocenia; zatém czynności gruczołów potnych są w ścisłym związku z otaczającą ciepłotą.

Co do umiejscowienia ośrodków potnych w mózgu Adamkiewicz doszedł do odmiennych od Nawrockiego i Luchsingera wniosków; badacz ten utrzymuje, że ośrodki te najprawdopodobniéj znajdują się w korze mózgowia; wychodzące z nich włókna przechodzą przez rdzeń przedłużony i pacierzowy i tu się łączą z ośrodkami wydzielniczemi, rozsianemi w rdzeniu; istotném miejscem usadowienia tych wydzielniczych ośrodków najprawdopodobniéj są rogi przednie istoty szaréj, tam gdzie się znachodzą ośrodki ruchu; włókna wydzielnicze, wychodzące z rdzenia w połączeniu z nerwami ruchu, przechodzą przez korzenie przednie i wspólnie udają się do tychże samych anatomicznych okolic; lecz prócz tych włókien wydzielniczych, zawartych w korzeniach przednich rdzenia, znajdują się jeszcze (przynajmniéj u kota) włókna wydzielnicze, wyżéj rdzenia położone, i udzielające się za pośrednictwem nerwu współczulnego nerwowi kulszowemu, unerwiającemu gruczoły potne odnóg tylnych.

W tymże 1878 r. wystąpił Vulpian ze swemi doświadczeniami, uzupełniającemi wywody Nawrockiego i Luchsingera; podług Luchsingera włókna nerwowe kierujące czynnościami potnemi odnóg dolnych (tylnych) mają pochodzić

z rdzenia pacierzowego, i dostają się do nerwu kulszowego za pośrednictwem nerwu współczulnego; Vulpian wykazuje, wprawdzie już po ogłoszeniu pracy Adamkiewicza, że jeśli istotnie to pośredniczenie nerwu współczulnego ma miejsce dla wielu włókien, to są i takie (liczniejsze), które bezpośrednio wychodzą z rdzenia pacierzowego przez 7my nerw lędźwiowy i 1szy krzyżowy, tj. przez korzenie nerwu kulszowego; te zaś włókna, które dochodzą do n. kulszowego za pośrednictwem nerwu współczulnego wychodzą z rdzenia z 1szym i 2gim nerwem lędźwiowym. Vulpian dodaje, że jest pewne podobieństwo pomiędzy unerwieniem gruczołów potnych a ślinowych, gdyż i gruczoły podszczękowe otrzymują jednę część włókien nerwowych za pośrednictwem struny bębenkowéj, a drugą towarzyszy szyjowéj części nerwu współczulnego.

Co do włókien unerwiających gruczoły potne odnóg przednich (górnych), Vulpian nie przypuszcza, ażeby one wszystkie, wychodząc z rdzenia, wspólnie przebiegały z korzeniami grzbietowemi górnego zwoju piersiowego; autor ten twierdzi, że jest to tylko główna droga, którą się dostają włókna potne rzeczonych odnóg, gdyż są i inne włókna, wychodzące bezpośrednio z rdzenia, wspólnie z korzeniami nerwów, stanowiących splot ramieniowy. Na poparcie tych twierdzeń Vulpian przytacza następujące doświadczenie: po przecięciu brzusznéj części n. współczulnego, jeśli poddamy faradyzacyi łapę tylną, nieomieszka ona, nawet po kilku dniach, pokryć się potem na miejscach nieowłosionych; ten sam objaw spostrzega się i na łapach przednich po wycięciu zwoju piersiowego.

Z powodu podania w wątpliwość swych twierdzeń, postanowił Luchsinger raz jeszcze powtórzyć wszystkie poprzednie doświadczenia i utrzymuje, że takowe doprowadziły go ponownie do poprzednich wniosków, od których nieodstępuje, lecz czytelnik zostaje zachwianym, nie znajdując nowych dowodów ze strony Luchsingera, a natomiast spotyka ciągle zapewnienia, że i jego przeciwnik (Vulpian) może mieć także słuszność. W téj ostatniéj rozprawie Luchsinger rozwodzi się nad zależnością czynności gruczołów potnych od otaczającéj ciepłoty, nie wspominając, że przed nim Adamkiewicz rzecz tę gruntownie wyjaśnił.

Ostatnia praca o pocie wyszła jeszcze z pracowni Luchsingera i Trümpego o składzie chemicznym téj wydzieliny. Podług tych autorów odczyn potu nie ma być, jak to powszechnie sądzą, kwaśny, lecz przeciwnie jest on u człowieka i kota zawsze alkaliczny; pozorna kwaśność odczynu potowego zależy od przymieszki wydzieliny gruczołów łojowych, odznaczającéj się stałym odczynem kwaśnym, zapewne w skutek rozkładu powstającym.

Taki jest obecny stan nauki o wydzielinie gruczołów potnych; czy patologija ogólna i klinika spożytkują te wywody fizyjologiczne dla objaśnienia zawiłych pytań stosunku potu do gorączki, przyszłość pokaże, lecz czém więcéj światła, tém łatwiéj i pewniéj naprzód. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Duret: Des abcès douloureux des os et de l'ostéite à forme névralgique.

Nazwisko autora nie jest już obce czytelnikom Przeglądu Lek., którzy zapewne sobie przypominają sprawozdania drukowane w tym organie z cennych anatomicznych jego prac; badacz ten ogłosił niedawno artykuł, posiadający wartość naukową i praktyczną; chętnie przystępuję do zdania sprawy z téj pracy Dureta, chociażby już dlatego, że dotyczy ona choroby najcięższéj wieku młodocianego, któréj tyle ludzi zawdzięcza swe kalectwo.

Lekarz francuski David był pierwszym, który opisał (176 r.) objawy ognisk ropnych w kościach i doradzał wykonywania trepanacyi; z rad tych skorzystał dopiero w r. 1824 anglik Brodie, któremu należy się zasługa powstrzymania szału amputowania ryczałtowego kości nawiedzonych zapaleniem; lecz Brodie zauważył, że pomimo klasycznych objawów: obrzęku, zgęszczenia istoty kostnéj i niezwykle silnych bólów, nie zawsze korona trepana wpadała do ogniska ropnego, że są przypadki, w których w zajętéj kości niema ropy, lecz obfite wybujałości ziarninowe. Gosselin (1875 r.) ogłosił z trybuny akademickiéj wyniki swego obfitego doświadczenia na polu trepanacyi kości i twierdzi, że w tych przypadkach, w których trepan wykrył w zajętéj zapaleniem kości bujną ziarninę, a nie ognisko ropy, operacyja daje zawsze wynik dodatni, kojąc najgwałtowniejszy ból i ułatwiając drogę korzystnemu przebiegowi choroby. W ostatnich czasach sprawa ta wywołała liczne prace w świecie lekarskim, z których najnowszą i najwięcéj rzeczy nowych zawierającą jest rozprawa Golaya, w któréj dowodzi autor, że ropnie kości i zapalenie kości postaci newralgicznéj (bez ropy) mają ze sobą ścisłe powinowactwo kliniczne, będąc nie dwiema chorobami, lecz dwoma okresami tejże saméj choroby.

Główne cechy rozpoczynającego się cierpienia, o którym mowa, polegają na uczuciu bólu i zawadzania w nasadach kości; skóra téj okolicy jest zwykle gorętszą, lecz się nie zaczerwienia; przypady te dają się spostrzedz prawie zawsze po większém znużeniu mięśniowém, i dlatego spokój zazwyczaj wystarcza, ażeby usunąć te przypadłości; lecz niestety pozostaje w organizmie pewne usposobienie do powrotów przy zadziałaniu nawet słabszych bodźców, a z każdym nowym napadem bóle tak się potęgują, że chory decyduje się na wszelkie rękoczyny, a nawet i na odjęcie odnogi, byleby się uwolnił od cierpienia. Lecz obok tych objawów podmiotowych cóż się dzieje w kości nawiedzonéj sprawą chorobową? Jak wiadomo chorobie ulegają przeważnie osoby, będące jeszcze w okresie rośnienia, końce ich kości rurkowatych są siedzibą nadmiernéj czynności odżywczéj, naczynia włosowate przepełnione, ciepłota podniesiona. Jeśli w tym stanie zadziała jaki bodziec (zimno, zmęczenie, gościec, uraz), nadmierna działalność fizyjologiczna staje się patologiczną, i na wysokości chrząstki nasadowéj wybucha zapalenie szerzące się na okolicę sąsiednią i powstaje stan groźny, znany pod nazwą *periostitis phlegmonosa adolescentium.*

Jeżeli zaś wspomniane zaburzenia powstają w kościach osobnika, który już ukończył okres rośnienia, jeśli spojenie nasady z trzonem kości ostatecznie już nastąpiło, sprawa zapalna przebiega nieco odmiennie, ponieważ nie istnieje już okolica rośnienia, więc i wyłączną siedzibą choroby przestaje być okolica nasadowa, natomiastześrodkowuje się ona w fizyjologicznych granicach pni naczyniowych i odczyn zapalny jest o wiele słabszym; kość taka na przekroju nie przedstawia całkowitego zabarwienia szaro-różowego lub różowo-fijołkowego, lecz tylko mocno unaczyniona wypustka pokrywa chrząstkę nasadową, a w trzonie przylegającym do nasady mocniéj zabarwione miejsca pstrzą żółtawe tło kości, w któréj znajdujący się tłuszcz świadczy o ustaniu działania siły kościotwórczéj. Te szczególne punkta pod wpływem

bodźców ulegają ustawicznemu nawałowi krwi, a w końcu zjawia się zapalenie; naczynia przepełniają się i wydzielają obficie ciecz odżywczą lecz nieprawidłowego składu; łączne pierwiastki zarodkowe, poprzedzające w stanie zdrowia ukształtowanie się tkanki kostnéj, wytwarzają chorobowe wybujałości, które nie posiadając siły przyrodzonych przeobrażeń i nie wydzielając soli wapiennych bujaniem swém rozsadzają przestwory kostne i wywołują wessanie przegródek kostnych. Jeśli bodźce nie zmniejszają się, lecz przeciwnie coraz silniéj podrażniają, wybujałości ziarninowe ulegają powolnemu zropieniu i wówczas pojedyńcze ogniska łącząc się wytwarzają ropień kości. W miejscach okalających ropień przeobrażenie pierwiastków tkankotwórczych jest więcéj prawidłowém, i wytwarza się łączne utkanie wyściełające ściany ogniska ropnego od wewnątrz; po za tym pasem niezajęte zapaleniem tkaniny kości, ulegając większéj energii twórczéj, lecz w zakresie fizyjologicznym, sprowadzają zamulenie przestworków kostnych w skutek nadmiernego wydzielenia soli wapiennych, i tak powstaje łupina z zbitéj kości, stanowiąca powłokę zewnętrzną ropnia. Co do treści zawartéj w takiéj jamie kostnéj, to prócz częstszych przypadków nagromadzonéj w niéj ropy zdarza się, że ropa ta ulega zgęszczeniu, i naśladuje masy zserowaciałe lub skupienia gruźlicze; w innych znowu przypadkach jama wypełnioną bywa wybujałościami mięsnemi; najrzadziéj zdarza się, że jama jest próżną z powodu wessanéj ropy, i tylko mała ilość płynu surowiczego zwilża nacieczone skąpe wybujałości mięsne. Taki jest obraz i przebieg ziarninowego zapalenia kości i ropni kostnych; drobnowidowe prace prof. Ranviera nadały powyżéj opisanym zmianom anatomicznym cechę pewnika, i nasunęły Golayowi myśl, że ropna i ziarninowa postać zapalenia kości nie są dwiema chorobami, lecz dwoma okresami tejże saméj choroby.

Autorowie różnie tłumaczą przyczynę tych dolegliwych bólów i uczucia prężenia w kości: Brodie, Broca, Lee sądzą, że ból powstaje w skutek rozpychania przestworków kostnych patologicznemi płynami lub wybujałościami; Erichsen odnosi go do nadmiernego rozciągnięcia okostnéj zgrubiałą kością; Ollier utrzymuje, że ucisk, który wywierają na wybujałości przegródki kostne, wywołuje ból; Gosselin widzi tu sprawę zapalną końcowych gałązek nerwów. Podług Dureta blaszki próchniejących kości u osób w okresie rośnienia nie są łamliwe i giętkie, jak u zołzowych; nagromadzone płyny, rozszerzone naczynia gniotą ziarninę o twarde przegródki kostne i wywołują ten gwałtowny ból i peryjodyczność napadów bólu tłumaczy się peryjodycznością bodźca, gdyż ból powstaje zawsze po dokonaniu większéj pracy mięśniowéj.

Ropnie kostne najczęściéj znachodzą się w nasadach, lecz zdarzają się w istocie gębczastéj przy szczycie kanału szpikowego, a nawet widywano je w zbitéj części trzonów kości długich. Rzadko te ropnie otwierają się dobrowolnie, tworząc wrzody przetokowe; najczęściéj całe lata przebywają one w łonie istoty kostnéj, wywołując w około zapalenie, którego następstwem jest owa zbita łupina kostna.

Za przykładem Gosselina większość chirurgów ulegając natarczywym prośbom chorych o radykalną pomoc przystępuje do operacyi. Trepanacyja jest wskazaną, jeśli lekarz ma głębokie przekonanie, że w ściśle dającém się oznaczyć miejscu kości znajduje się ognisko ropne, lub téż jeśli bóle, których niepodobna usunąć innemi środkami, usprawiedliwiają ten rękoczyn; trepanacyja daje zawsze wynik korzystny, sprowadzając jeśli nie wyleczenie, to ulgę, a nigdy nie pociąga za sobą szkodliwych następstw lub pogorszenia dotychczasowego stanu. (*Le Progrès Médical* Nr. 19. 1879).

Dr. A. Kwaśnicki.

V. Zbiór pism hippokratowy w świetle nowożytnéj krytyki.

Wyłożył na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. dnia 4 czerwca 1879

Prof. Dr. **Józef Oettinger.**

Wnosząc na posiedzenie rzecz historyczną lękam się, aby mnie zarzut nie spotkał, iż nadużywam udzielonego sobie głosu i cierpliwości słuchaczów przedmiotem nie mającym na pozór praktycznego znaczenia. Tłumaczę się tém, że czynię jedynie zadość wyraźnemu wezwaniu szan. prezesa, który mię zresztą upewnił, że nie spycham z porządku dziennego sprawy naglejszéj i praktyczniejszéj sądzę téż, że przyda się niekiedy, jeżeli po niwie czysto wykonawczéj przemknie chwilowy powiew teoretycznéj nauki, a wreszcie zamierzone moje zadanie wcale nie jest tak dalekie od lekarskiego wykonawstwa, a nawet bliższe ma z niém powinowactwo, aniżeliby się na oko wydawać mogło. Wszakże Hippokrates to praktyk κατ' ἐξοχήν sławiony, wielbiony i na wzór z tego właśnie tytułu sławiany po wszystkie wieki! Nie ma rozdziału w wykonawczéj części sztuki naszéj, któryby i teraz jeszcze nie starał się na wstępie zaczepić o tę starożytną powagę, przytaczaną wprawdzie tylko pobieżnie dla dogodzenia na pozór naukowéj przyzwoitości, więcéj dla formy niż z gruntowną znajomością i to rzadko z pierwszego źródła lecz byle zbyć z drugiéj, trzeciéj lub dalszéj jeszcze ręki.

Jakkolwiekbądź, imię tak powszechnie znane, tak często powtarzane czyż nie miałoby obudzić ciekawości dowiedzenia się o niém czegoś więcéj niż gołéj nazwy? zwłaszcza że zabytki tém poważném mianem oznaczone w nowszym właśnie czasie ścisłemu uległy rozbiorowi, z którego wyszły odświeżone i niemal odrodzone tak, że dziś jaśnieją nie tylko całym wdziękiem pierwotnym, ale i oblewającém je światłem nowéj krytyki, jak gdyby kto nie tyle nasze krakowskie sukiennice, ile ateńskie propyleje odnowił i wskrzesił a oddał na pożytek obecnych i późniejszych jeszcze pokoleń.

Nigdzie może tak, jak na tych pomnikach nie występuje dobitniéj zbawienny i zapładniający wpływ, jaki wywiera historyczna krytyka na doświadczenie przeszłości; przez nią albowiem każda pora, każdy postęp w nauce równie świeżych przysparza spostrzeżeń i odkryć, jak i z dawno już minionych nowe zdoła wydobyć korzyści.

Tegoczesny rozbiór pism Hippokrata jest sam przez się znów, jak jego pierwowzór starożytny, dziełem wiekopomném, będącém nie tylko chlubą Francyi, która je wydała, ale całéj ludzkości, gdyż trudno w całém piśmiennictwie o drugie, coby mu dorównywało rzadko z sobą złączonemi trzema zaletami: benedyktyńską wytrwałością i pilnością, głęboką a rozległą nauką, co zaś najważniejsza, gienialną, bo twórczą niemal przenikliwością krytyczną. Opracowanie to nowe, którego dokonał z uproszoną pomocą wielu innych znakomitych powag E. Littré *) stanowi świetną epokę w piśmiennictwie historyczno-krytyczném, jest płodem dzisiejszym nie tak po-

*) *Oeuvres complétes d'Hippocrate etc.* (Tomów X.) Paris 1839 — 1861 8vo J. B. Baillière et fils.

wszechnie jeszcze znanym a mniéj jeszcze w swych skutkach zbawiennych ocenionym, jak zasługuje; łączy on w sobie powagę starożytną z urokiem młodości, a jeżeli nie z tytułu tamtego, to z ostatniego może sobie rościć prawo do zwrócenia na siebie uwagi a dla lekarza nie powinno być obojętne, czém to ważne dzieło naukę zbogaciło.

Już z założenia mego wynika, że nie będę się zastanawiał nad osobą Hippokrata, lecz nad pismami, które nam przeszłość pod jego imieniem, jakby pod uświęconą pieczęcią przekazała; aczkolwiek pod nią ukrywają się płody bardzo różnorodne niejednego autora, różnych czasów, nierównéj wartości, różnego wykończenia a nawet rozmaitych, ba nawet sprzecznych z sobą zasad naukowych. Gdy więc ściśle wziąwszy nie mogą być nazywane dziełami Hippokrata, gdyż tylko część ich nie wielka, acz najcenniejsza z pióra jego wypłynęła, przeto Littré pierwszy objął je ogólném mianem Zbioru Hippokratowego *(collection hippocratique)*, oznaczając niém tylko piętno historyczne, pod którém pewna liczba starożytnych zabytków piśmienniczych przez wieki aż do naszych dochowała się czasów. Już samą tą nazwą wskazał ten badacz, iż odmienną postanowił iść drogą w swych poszukiwaniach, aniżeli jego poprzednicy, których od czasu szkoły aleksandryjskiéj, tj. od roku blisko 300 przed Chrystusem niezliczony był szereg, a których komentarze, przekłady i słowniki do dzieł słynnego lekarza z wyspy Kos bardzo bogaty utworzyłyby księgozbiór. Kierunek ich badań miał w ogólności cechę więcéj osobistą, o tyle przynajmniéj, o ile główne ich usiłowania zmierzały i ograniczały się do odróżnienia jedynie tego, co rodzime, czyli co wielkiego jest Hippokrata, od tego, co mylnie mu podsunięto, lub nawet podrobiono. Do tamtego całą przywiązywano wagę, o resztę jakby o rzecz pozbawioną wszelkiéj wartości wcale niedbano, zbywając ją niejako jeżeli nie pogardliwém milczeniem, to krótką, lekko ceniącą wzmianką.

Littré przeciwnie obrał kierunek więcéj rzeczowy, przedmiotowy, mniéj zawisły od względów osobistych. Nie chodziło mu tyle i jedynie o odgadnienie w jednym lub drugim utworze poszukiwanego z góry słynnego autora, ile o wyjaśnienie i rozbiór całego zbioru w téj rozciągłości, w jakiéj go mamy przed oczyma, czyli starał się wytłumaczyć go krytycznie, jako napotkane w piśmiennictwie zjawisko, jako fakt historyczny potrzebujący gruntownego zbadania.

Tamci śledząc głównie prawdziwości pism czyli ich stosunku do wiekopomnego autora posługiwali się w tym celu znamionami opartemi więcéj na podmiotowém poczuciu i mniemaniu, niż na ustalonych krytycznie dowodach; miarą ich sądu bywało chwiejne i względne pojęcie o gienijalnych rzutach i błyskach, o wdzięku i prostocie stylu, o czystości dyalektu jońskiego, o trafności postrzegawczéj, o górowaniu doświadczenia rzetelnego po nad płonnemi wywodami teoretycznemi itp. Napotykając na téj drodze coraz liczniejsze trudności i wątpliwości stawali się coraz surowszymi i podejrzliwszymi w swych sądach, a niektórzy nawet w obec niedającego się temi środkami rozwikłać zamętu, zniechęceni daremném a marném usiłowaniem doszli do ostatecznego zwątpienia o osiągnięciu jakiegoś stanowczego wypadku, ba nawet do bezwzględnego zaprzeczenia całéj historycznéj podstawy. I tak w końcu zeszłego stulecia Haller i Gruner, za śladem Mercurialsa z wieku XVI, liczyli jeszcze 15 pism rodzimych, Ackermann na początku naszego stulecia ograniczył je do 10ciu, późniejszy Choulant do 7miu a Isensee do 5ciu, Boulet zaś we Francyi (1804) i Link w Berlinie (1815), posunęli się do niweczącego twierdzenia, że nie było na świecie rzeczywistego Hippokrata, a zatém żadnych pism ani kreślić, ani pozostawić nie mógł i że wszystko, co o tém kiedykolwiek prawiono i prawią, jest mytycznym wymysłem czyli poprostu bajką.

Rzeczowy czyli przedmiotowy kierunek, jakim puścił się Littré, wymagał wprawdzie olbrzymiéj pracy, zwłaszcza, że do niéj należało także wynajdywanie po bibliotekach rękopismów najdawniejszych tak znanych jak i nieznanych i ich porównywanie celem ustalenia poprawnego pierwotnego brzmienia ich osnowy, ale też nadspodziewane, zadziwiające osiągnął skutki i owoce.

Wziąwszy pod rozbiór nie tylko pytanie, o ile które pismo od prawdziwego pochodzi Hippokrata, lecz zbiór cały, taki jaki jest, L. posługując się skazówkami i dowodami przeważnie przedmiotowemi, krytycznie określonemi i ustalonemi, starał się krok za krokiem, węzełek po węzełku rozwikłać tę gmatwaninę i wyjaśnić nie tylko stosunek do jednego słynnego autora, lecz osnowę, wartość, wiek, pochodzenie całego zbioru; zamiast dzieł jednego pisarza, których liczbę swojemi odkryciami pomnożył, wydobył, wykopał z grobów całą, bardzo cenną bibliotekę starożytną, wyobrażającą ruch naukowo-lekarski pewnéj równie ciekawéj jak odległéj od nas epoki.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Po przyjęciu przez Radę m. Krakowa zmian odnoszących się do składu komisyi sanitarnéj miejskiéj (p. Nr. 24 Przegl. Lek.) Sekcyja V Rady na posiedzeniu swém z d. 25 czerwca rb. wybrała jako członków tejże komisyi: *a)* z sekcyi saméj radzców miejskich Drów Korczyńskiego, Blumenstoka i Jul. Grabowskiego, oraz mag. farm. Trauczyńskiego, *b)* z poza rady na 3 lata: Drów docenta K. Grabowskiego, lekarza powiatowego K. Kralczyńskiego, B. Lutostańskiego, prymaryjusza Obalińskiego i prof. Stopczańskiego; wreszcie wchodzi w skład komisyi jako delegat Tow. lek. krak. prof. Dr. St. Janikowski. Rada m. Krakowa na posiedzeniu w d. 2 bm odbytém wybory te zatwierdziła.

* Dn. 1 bm. udała się komisyja delegowana z łona komisyi sanitarnéj miejskiéj, a złożona z członków proff. Korczyńskiego i Stopczańskiego oraz docenta K. Grabowskiego w towarzystwie Drów Buszka i Lutostańskiego, dyrektora budownictwa Moraczewskiego i niwelatora Świerzyńskiego do Regulic, celem zmierzenia ilości wody zdrojów tamecznych, zniwelowania okolicy i zbadania własności fizycznych i chemicznych téj wody. Woda przy ciepłocie powietrza 21° w cieniu okazała ciepłotę 9·4° C., smak ma orzeźwiający, a o ile na oko przypuścić można, ilość jéj będzie dostateczną do zaopatrzenia m. Krakowa w wodę. Prof. Stopczański zobowiązał się zbadać wodę dokładnie w przeciągu 3 tygodni, a obliczenia niwelacyjne również prędko ukonczone zostaną przez urząd budowniczy miejski, poczém nieomieszkamy podać szczegółów bliższych; teraz zachodzi jednak obawa, czy ciśnienie będzie dostateczném.

Statystyka epidemij. Ospa złagodniała w Londynie, umarło 12, leczyło się w szpitalach 221, świeżo zachorowało 35. W Wiedniu także umarło mniéj 3, w Budapeszcie 5, w Paryżu 10, w Warszawie 3, w Genewie 3, w Petersburgu 36. Sporadycznie pojawił się także dur osutkowy w Wiedniu, Budapeszcie, Bukareszcie i Petersburgu.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 25 (od 15 do 21 czerwca) umarło w Krakowie osób 29; w obwodach 21, w szpitalach 8; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 26,7; we Lwowie 24,4; w Warszawie 23,9; w Poznaniu

26,6; w Wiedniu 28,5; w Budapeszcie 40,2; w Pradze 39,5; w Tryjeście 25,2; w Berlinie 37,5; w Wrocławiu 28,5; w Monachijum 37,1; w Dreźnie 23,5; w Bazylei 20,7; w Brukseli 20,7; w Paryżu 25,0; w Londynie 19,0; w Chrystyjanii 17,0; w Odessie 46,2; w Bukareszcie 23,7. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych: 1 z płonicy, 1 z duru osutkowego, 1 z zimnicy. W tygodniu 26 doniesiono o następujących przypadkach chorób zakaźnych: 2 duru brzusznego (ze Stradomia L. 26), 1 róży (z Rynku L. 17), 1 ospy (z Podgórza), 1 ospianki (z Rynku L. 8). *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 3 lipca. Ministerstwo oświaty zgodziło się na wnioski, zawarte w sprawozdaniu wypracowaném przez prof. Widerhofera w Wiedniu, a odnoszące się do sposobu postępowania przy mianowaniu docentów profesorami. Według sprawozdania tego w wydziale lek. wiedeńskim ustanowiony będzie stały komitet, składać się mający z reprezentantów wszystkich grup fachowych; komitet ten czynić będzie wnioski: czy pewne gałęzie naukowe poboczne wymagają reprezentanta w osobie profesora, oraz czy jest pożądaném, aby dla pewnych gałęzi obok profesora zwyczajnego ustanowiono profesora nadzwyczajnego. Posiedzenia w tym przedmiocie mają odbywać się tylko raz na rok, a prośby o udzielenie profesury nie będą uwzględniane. Rozumie się samo przez się, że urządzenie to obowiązywać będzie tylko w wydziale lekarskim wiedeńskim.

* Za inicyjatywą rady miejskiéj w Królowym Hradcu (Königgrätz) odbędzie się d. 3 sierpnia rb. w mieście tém uroczystość umieszczenia tablicy pamiątkowéj na domu, w którym urodził się Karol Rokitansky, przyczém prof. Albert z Insbruku wygłosi mowę w języku czeskim. Imieniem przerzeczonéj rady miejskiéj oraz towarzystwa lekarzy czeskich w Pradze prof. Bohuslaw Eiselt zaprosił pomiędzy innemi senat i wydział lek. Uniw. Jagiell., aby na dzień ten wysłali reprezentantów na miejsce; dowiadujemy się także, że p. Eiselt zaprosił i wydział lekarski we Lwowie, ale dotąd nie otrzymało zaproszenia Towarzystwo lekarskie nasze, którego członkiem honorowym był przecież prof. Rokitansky. Ale trudno, aby zapraszający wiedział o tém, skoro nie wie, że we Lwowie niema Wydziału lekarskiego.

* Dzienniki wiedeńskie lekarskie i nielekarskie głoszą jako zdarzenie nadzwyczajne, że przy tegorocznych wyborach uniwersyteckich radzca dworu prof. Brücke wybrany został rektorem (wszystkiemi głosami, z wyjątkiem atoli teologów), pomimo że jest protestantem, oraz że na wydziale prawniczym prof. Grünhut (starozakonny) został wybrany dziekanem. U nas w Krakowie w nowszych czasach przynajmniéj nigdy wyznanie religijne nie było przeszkodą w osiąganiu godności uniwersyteckich, a w ostatnim lat dziesiątku 3 razy protestanci piastowali godność rektora Uniw. Jagiell. (śp. Skobel i prof. Teichmann z wydziału lek. oraz prof. Fierich z wydziału prawa). Tolerancyi zaprawdę nie potrzebujemy sprowadzać z zagranicy.

* Stowarzyszenie lekarzy dolno-austryjackich w Wiedniu wystósowało petycyję do Ministra spraw wewnętrznych o zwołanie ankiety w sprawie organizacyi służby zdrowia w gminach.

* Prof. Skoda ma się znacznie lepiéj i jest nadzieja, że odzyska zdrowie względne.

* Według nadesłanych nam wykazów bawiło w Krynicy do d. 29 czerwca gości 574, w Cieplicach czeskich do dnia 28 czerwca gości 4637.

* Dowiadujemy się, że Dr. Maurycy Żebrowski od początku sezonu mieszka i praktykuje w Gleichenbergu.

* **Anglija**. Starszy chirurg Reynolds, który pomimo zasług położonych w wojnie w Afryce południowéj nie otrzymał odznaczenia od rządu, mianowany został przez uniwersytet w Dublinie doktorem obojga praw *honoris causa*.

* **Mianowania i odznaczenia**. Akademija Umiejętn. w Paryżu przedstawiła jako następcę Klaudyjusza Bernarda na katedrze w muzeum nauk przyrodniczych na pierwszém miejscu Bouleya, na 2giém zaś Rougeta z Montpellier. — Prof. nadzw. w Tybindze Leichtenstern mianowany został lekarzem starszym szpitala w Kolonii w miejsce prof. Riegla. — Drowie Ideler i W. Sander mianowani zostali dyrektorami nowego miejskiego zakładu dla obłąkanych w Berlinie. — Prof. Lister w Londynie otrzymał od uniwersytetu w Dublinie dyplom doktora medycyny *honoris causa*. — Docenci Bouchard i Hayem mianowani zostali, pierwszy profesorem patologii i terapii ogólnéj (w miejsce Chauffarda), ostatni profesorem terapii i materyi lekarskiéj (w miejsce Gublera) w Paryżu.

* Otrzymujemy następującą odezwę Komisyi antropologicznéj Akademii Umiejętn. w Krakowie:

Celem zbadania właściwości fizycznych ludności galicyjskiéj Komisyja antropologiczna Akademii Umiejętności w Krakowie raz już udała się z prośbą do pp. lekarzy powiatowych, ażeby przy sposobności badania popisowych, i na zasadzie ksiąg tego rodzaju utrzymywanych po starostwach obwodowych, zechcieli dostarczyć jéj szczegółów niezbędnych do wypracowania zamierzonéj charakterystyki. Uczynność pp. lekarzy powiatowych i większéj części pp. starostów, którym nie było to obojętne, ażeby w ogólnéj charakterystyce ludności brakowało zakresów kraju powierzonych ich zarządowi, posłużyła do dokonania tych prac, które dotąd ogłosiła Komisyja antropologiczna.

Gdy atoli spostrzeżenia dotychczasowe, z nader małym wyjątkiem, odnosiły się jedynie do mężczyzn i do lat życia w największéj części nie przechodzących roku 22go, z czego wynikło, że o kobietach nie można było zebrać żadnych wiadomości, o mężczyznach zaś podać wielu szczegółów będących w związku z wiekiem życia późniejszym, a do pełności charakterystyki koniecznych; postanowiła zatém Komisyja raz jeszcze odwołać się do uprzejmości pp. lekarzy, już nie tylko powiatowych, lecz w ogole gdziekolwiek na prowincyi zamieszkałych, tudzież do lekarzy więziennych, z prośbą, ażeby w przedmiocie tym, dotyczącym znajomości kraju we względzie najważniejszym, bo we względzie jego ludności, zechcieli jéj być pomocnymi. Sposobności do tego przy ustawicznem stykaniu się z ludem braknąć im nie może, a że o uznaniu z ich strony ważności zadania i chęci przysłużenia się nauce wątpić się nie godzi, zwraca się zatém do nich Komisyja nie bez nadziei pomyślnego skutku, prosząc o nadsyłanie odpowiednich spostrzeżeń z osób obojéj płci i wszelkiéj narodowości, mężczyzn od 23go, kobiet od 18go do 50go roku życia.

Ażeby czynność ta odbywać się mogła według jednego planu, pp. lekarze chcący w niéj uczestniczyć, zechcą zgłosić się do Biura Akademii Umiejętności w Krakowie kartą korespondencyjną, z dodaniem dokładnego adresu, według którego przesłaną im zostanie Instrukcyja, tudzież gotowe blankiety do zapisywania zebranych spostrzeżeń. Nazwiska pp. uczestników zapiszą odpowiednie publikacyje Akademii z należném uznaniem.

W Krakowie dnia 23 czerwca 1879 r.

Przewodniczący Komisyi *Dr. Majer.* Sekretarz Komisyi *Dr. Kopernicki.*

(Spodziewamy się, że ponowne to odezwanie się Komisyi antropologicznéj Akad. Umiejętn. nie pozostanie głosem wołającego na puszczy, i że szan. koledzy praktykujący na prowincyi, a w jakimkolwiekbądź charakterze stykający się ciągle z ludem, zechcą przyjść w pomoc zadaniu, które komisyja antropologiczna Akademii sobie założyła, zadaniu w dwójnasób ważnemu, bo nietylko ściśle naukowemu, ale i właściwości kraju rodzinnego uwzględniającemu. *Redakcyja*).

* **Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 26: Gajkiewicza: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d); Szukiewicza: Choroba zagadkowa panująca w powiecie Nowo-Urieńskim w r. 1877 (dok.); w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 26: Wnorowskiego: Kilka wypadków zimnicy obserwowanéj na Kaukazie (dok.); w *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 13: Janikowskiego: Uwagi o odwietrzaniu czyli desinfekcyi pościeli i odzieży (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Prof. GRAHAMA: O czystości obyczajów. Odczyt dla młodzieży, tudzież ostrzegające i pouczające wskazówki dla małżeństw, rodziców i opiekunów. Tłumaczył K., Cieszyn 1879. J. Kotula. in 8vo, str. 91.

Dra M. Dunina WĄSOWICZA (we Lwowie): O rozwoju i obecnym stanie farmakognozyi. (Osobne odbicie z Czasop. Tow. aptek. 1879). in 8vo, str. 21.

Piśmiennictwo lekarskie. COHN HERM. Stud. üb angebor. Farbenblindheit Mit 1 Taf. gr. 8. Breslau. Morgenstern. M. 8.

DOUBLET A. Étude sur les signes physiques de la péricardite. In-8. Paris. Delahaye. Fr. 3½.

DOWSE Th. S. The Brain and its Diseases. Pt. I. Syphilis of the Brain and Spinal Cord. 8. London. Baillière. sh. 10½.

DREYFOUS Ferd. Essai sur les symptômes protubérantiels de la méningite tuberculeuse. In-8. Paris. Delahaye. Fr. 3½.

DUCOR P. De la rétroversion utérine pendant la grossesse. In-8. ibid. Fr 3½.

DYRENFURTH M. Die Gifte und Gegengifte. gr. 8. Berlin. Münchhoff. M. 1. 50.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. Laboratoire d'histologie du Collége de France. Travaux de l'année 1877—78, publ sous la dir. de L Ranvier. Avec 11 pl. In-8. Paris. Masson. Fr. 20.

ENTWURF e. Gesetzes betr den Verkehr mit Nahrungsmitteln, Genussmitt. u. Gebrauchsgegenst. v. 12 Febr. 1879. Autoris. Ausg. 2 Aufl. gr. 8. Berlin Springer. M. 1. 20.

ETUDE éxperim. sur la métalloscopie et la métallothérapie du Dr. Burq. Rapports à la Soc. de biologie par M. M. Charcot, Luys et Dumontpallier. Gr. in-8. Paris. Delahaye. Fr. 2.

FLEISCHL, E. v. Untersuchg. über die Gesetze der Nervenerregung. 5 Abhdlg. Mit 2 Taf. Lex.-8. Wien. Gerold's S. M. 60.

FUSTIER A. Essai sur la réaction de l'urine. Gr. in-8. Paris. Delahaye Fr. 2.

GERARD. Contribution à l'étude des myomes utérins et de leur traitement par les injections d'ergotine dans le tissu de l'uterus. In-8. Paris. Delahaye. Fr. 2.

GROS J. Contribution à l'histoire des nevrites. In-8. Paris. Baillière et f. Fr. 4.

GURLT E. Die Gelenk-Resectionen nach Schussverletzungen: ihre Geschichte, Statistik, End-Resultate. 2 Abthlgn. Mit 26 Holzschn. gr. 8. Berlin. Hirschwald. M. 40.

HEIDENHAIN Rud. Die Vivisection im Dienste der Heilkunde. gr. 8. Leipzig, Breitkopf et Härtel

HILLER ARNOLD. Die Lehre von der Fäulniss. Auf physiologischer Grundlage einheitlich bearb. gr 8. Berlin. Hirschwald. M. 14.

JACUBASCH G. H. Sonnenstich u. Hitzschlag. Als Monographie bearb. gr. 8. Berlin. Hirschwald. M. 3.

KAPOSI Mor.' Pathologie u. Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen. Mit Holzschn. u. 1 Taf. 1 Hälfte. gr. 8. Wien, Urban et Schw. M. 9.

KISCH E. H. Mineral-Brunnen u. -Bäder. 8 Leipzig, Weber. M. 3.

KNAPP B. Beobachtungen üb. Idioten- u. Cretinen-Anstalten u. deren Resultate. gr. 8.

LEUBE W. O. Die Magensonde. Mit 2 phot. Taf. gr. 8. Erlangen. Besold. M. 2. 40

LEVY. Mikroskop u. Sterilität. Mit 2 Taf. gr. 8. München. J. A. Finsterlin. M. 1. 20.

LIEBMANN Carl, über die Perforation der Uteruswände mittelst der Sonde. A. d. Ital. v. S. Hahn. gr. 8. Berlin. Denicke. M. 1.

MAISONEUVE J. G Derniers perfectionnements apportés à l'uréthrotomie interne. In-8. Paris, Delahaye. Fr. 1¼.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

OD ADMINISTRACYI.

Prenumeratorowie zmieniający miejsce pobytu zechcą o tém zawczasu zawiadomić Administracyją jeżeli nie chcą narażić się na nieregularny odbiór.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. — W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 12 lipca 1879. **№ 28.** Rok XVIII.

I. Wymiana materyi w hidroterapii chorób przewłocznych.

Napisał Dr. **M. Gumplowicz** w Priessnitzthal pod Wiedniem.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Zgodnie z teoryją o regulacyi ciepła z góry przypuścić musimy, że podwyższenie ciepłoty zewnętrznéj, jako też i każdy inny środek zmniejszający oddawanie ciepła organicznego na zewnątrz, zwolnić powinien produkcyję ciepła, a zatém i wymianę materyi. Rzeczywiście niektóre doświadczenia Liebermeistera zupełnie zgodne są z tém przypuszczeniem. Liebermeister wykazał, że podwyższenie ciepłoty zewnętrznéj do 16° C. wyżéj zera zwalnia produkcyję ciepła u człowieka zdrowego. Dzieje się to jednak tylko dopóty, dopóki ciepłota ciała nie podwyższa się skutkiem użytych środków. Skoro jednak, mimo istniejącéj regulacyi ciepła, przez stałe zastósowanie odpowiednich środków ciepłota ciała przekracza granicę normalną, wtedy prawo ogólne fizyczne poczyna objawiać swe działanie, a rozkład materyi wzrasta odpowiednio. Kernig i Liebermeister wykazali zwiększenie produkcyi ciepła podczas użycia kąpieli gorącéj. G. Schleich po kąpielach jednogodzinnych o 38 — 42·5° C. zauważył podwyższenie ilości wydzielanego mocznika przez dni kilka. Podobnież Bartels po użyciu łaźni parowéj znalazł podwyższenie ilości mocznika. Według doświadczeń klinicznych nie podlega wątpliwości, że podobny wzrost rozkładu materyi w hidroterapii chorób przewlocznych wtedy ma miejsce, gdy przez ograniczenie oddawania ciepła na zewnątrz podwyższamy ciepłotę ciała; dzieje się to przy zawijaniu w koce, trwającém tak długo, aż się ciało znacznie ogrzewa i pot występuje.

Obok wpływu ciepłoty zewnętrznéj drażnienie mechaniczne nerwów skórnych, połączone zwykle w mniéj więcéj wysokim stopniu z procedurami hidryjatycznemi, jest drugim ważnym czynnikiem przyspieszającym wymianę materyi. Według Pflügera wszelkie drażnienie nerwów czuciowych przyspiesza wymianę materyi. W takich zatém przypadkach, gdzie samo drażnienie termiczne nie jest w stanie wywołać pożądanéj „reakcyi“, tj. odpowiedniego zwiększenia produkcyi ciepła, drażnienie mechaniczne skóry (nacieranie) prowadzi do celu pożądanego.

Jako dalszy czynnik wpływający na wymianę materyi uważać należy ruch i w ogóle wszelką funkcyję mięśni. Wiadomo, że dotąd spór się o to toczył, czy niska ciepłota zewnętrzna wprost i sama przez się, czy też pośrednio przez pobudzenie ruchów mięśni, zwiększa produkcyję ciepła. Spór ten w hidroterapii chorób przewlocznych nie ma ważności praktycznéj, gdyż tu, bądź co bądź, przez ruch odpowiedni staramy się jak najprędzéj wyrównać utratę ciepła. Na to się zaś wszyscy zgadzają, że ruch mięśni jest najsilniejszym czynnikiem, wytwarzającym ciepło organiczne: według nowszych obliczeń Voita wpływ pracy mechanicznéj w tym względzie jest tak silny, że ilość wydzielanego kwasu węglowego u zdrowego robotnika w dniu pracy $4^1/_2$ razy przewyższyć może ilość wydzielaną w czasie zupełnego spokoju.

Jeżeli wreszcie pomijamy niektóre czynniki mniejszéj wagi, jakoto wpływ światła na wymianę materyi (Moleschott), wpływ pracy lub też spokoju umysłowego itd., pozostaje nam jeszcze zmiana pokarmu jako czynnik, za pomocą którego w wysokim stopniu i w różnych kierunkach wpłynąć jesteśmy w stanie na stosunki rozkładu istoty organicznéj. Co do wpływu przytoczonych czynników na rozkład poszczególnych składników chemicznych organizmu, wskazane powyżéj badania, a mianowicie nowsze prace Voita, dają nam niektóre cenne wskazówki. Stwierdzono przedewszystkiém, że w skutek działania zimna i przez funkcyję mięśni przeważnie, jeśli nie wyłącznie, ciała bezazotowe, mianowicie wodany węgla i tłuszcze, podlegają rozkładowi. W téj mierze znane i osławione twierdzenie Liebiga, jakoby praca mechaniczna odbywać się miała głównie kosztem ciał białkowatych organizmu, okazało się mylném. W zwykłym trybie życia praca mechaniczna odbywa się głównie kosztem połączeń organicznych bezazotowych; jedynie glikogen zawarty w wątrobie a pochodzący prawdopodobnie z rozkładu ciał

białkowatych zdaje się tworzyć rodzaj zapasu, który przy nadmiarze pracy mechanicznéj lub przy niedostatecznem odżywianiu zużywanym bywa do podtrzymywania funkcyi mięśniowéj. Co do pokarmu, większa ilość wprowadzanych wodanów węgla zwiększa rozkład połączeń w organizmie; mianowicie cukier podawany z pokarmem nawet w wielkiéj ilości rozkłada się zupełnie w przeciągu 24 godzin na kwas węglowy i wodę. Natomiast większa ilość wprowadzanych tłuszczów nie przyśpiesza bynajmniéj wymiany materyi, gdyż nadmiar bywa zwykle nagromadzonym w organizmie. Rozkład ciał białkowatych według Voita wzrasta głównie w miarę podawanego pokarmu białkowatego. Zależy on zresztą w ogóle od objętości i masy tkanki organicznéj i od szybkości krążenia. Im szybsze krążenie, tém częściéj rozpuszczone we krwi białko styka się z komórkami i tém więcéj tegoż białka podlega rozkładowi. Wszystkie zatém środki, przyspieszające krążenie krwi, przyspieszają zarazem rozkład ciał białkowatych. Jako dalszy czynnik podwyższający rozkład połączeń azotowych w organizmie przytoczyć wypada sztuczne podwyższenie ciepłoty ciała. Dzieje się to głównie przez gorące kąpiele, łaźnie parowe, długotrwające zawijania w koc itd. Wpływ tych środków objawia się głównie przez wzrost ilości wydzielonego mocznika. Prócz tego stłuszczenie komórek organicznych, jakie Litten zauważył u zwierząt po dłuższém zastosowaniu wysokiéj ciepłoty, przemawia za tém, że podwyższenie ciepłoty przeważnie wpływa na rozkład związków azotowych, że może nadto przez dłuższe działanie ciepłoty wyższéj tłuszcz się wytwarza z rozkładu ciał białkowatych. Wreszcie niektóre spostrzeżenia za tém przemawiają, że drażnienie mechaniczne nerwów czuciowych samo przez się również przyspiesza rozkład istoty białkowatéj w organizmie. Po tém wszystkiém, co o wpływie środków w hidroterapii używanych na wymianę materyi wiemy i cośmy powyżéj pobieżnie wskazali, zachodzi pytanie, czy te wiadomości razem wzięte wytłumaczyć nam są w stanie postrzegane skutki lecznicze hidroterapii w chorobach przewlocznych.

Za owych czasów gdy *„materia peccans“* uważaną była za przyczynę wszelkich chorób, a wydzielenie jéj z organizmu za główny cel terapii, łatwo było rzecz sobie wytłumaczyć. Obecnie tylko w niektórych przypadkach wydzielenie anormalnych składników z organizmu może być celem terapii, mianowicie w razie zatrucia chronicznego, przy istniejących wypocinach lub też wtedy, gdy się rozchodzi o częściowe wydzielenie nagromadzonego w organizmie zbytniego tłuszczu. W takich przypadkach łatwo się dopatrzyć związku między przyspieszeniem wymiany materyi a skutkiem leczniczym. W przeważnéj jednak liczbie przypadków przyznać musimy, że ten związek nie jest nam bynajmniéj zrozumiałym. Możemy nawet z wszelką pewnością orzec, że przyspieszenie wymiany materyi samo przez się nie jest właściwym czynnikiem leczniczym; można bowiem wymianę materyi przyspieszyć innemi środkami, jako to: wyłącznie przez pracę mechaniczną, przez odpowiedni pokarm itd. a skutek nie będzie wcale ten sam, co przy zastósowaniu środków hidryjatycznych. Wynika ztąd, że przyspieszenie wymiany materyi w hidroterapii chorób przewlocznych jest tylko wyrazem pewnych zajść fizyjologicznych przez terapiję wywołanych, a którym przypisać należy zbawienny wpływ na przebieg wielu stanów chorobowych.

Jakiegokolwiekby rodzaju te zajścia były, taką samą dla nas są okryte tajemnicą, jak właściwa istota wszelkich objawów życia organicznego w ogóle. Wiemy, że w zwykłym trybie życia, śród sprzyjających warunków zewnętrznych, często bardzo bez wszelkiéj pomocy zewnętrznéj organizm chory powraca do zdrowia; możemy ten objaw nazwać dążeniem leczniczém przyrody, lecz nazwa ta rzeczy nam ani tłumaczy ani wyjaśnia. Podobnież stwierdzić tylko możemy fakt, że przy szybszym trybie życia organicznego, wywołanym środkami hidryjatycznemi a objawiającym się przez przyspieszenie wymiany materyi, wyrównanie wielu zmian patologicznych, wyzdrowienie, prędzéj i łatwiéj się odbywa. Uznajemy zupełnie to *fatum* lecznicze, jednak pozostaje mimo to jeszcze obszerne pole dla osobistéj czynności lekarskiéj. Doświadczenie bowiem uczy, że sprawa wyzdrowienia wtedy najkorzystniéj przebiega, jeżeli owo pobudzenie i przyspieszenie funkcyj organicznych pozostaje w pewnym stosunku do stanu sił i do budowy właściwéj chorego. Ztąd na dwie okoliczności zwrócić wypada uwagę: na sposób i doniosłość działania różnych czynników i środków hidryjatycznych i na konstytucyję chorego. Co do pierwszego punktu staraliśmy się powyżéj kilku słowami określić najogólniejsze wyniki dotychczasowych badań; spodziewać się można, że dalsze prace na tém polu widnokrąg nasz naukowy rozszerzą i wyjaśnią. Co do drugiego punktu zależy to wszystko od zdrowego sądu i że tak powiemy od zmysłu terapeutycznego lekarza. Należyte ocenienie sił i konstytucyi chorego w hidroterapii ze względu praktycznego jest ważniejszém nawet niż samo rozpoznanie. Dwa zaś te punkta łącznie stanowią właściwą istotę hidroterapii. Jak dotąd, główny tu jeszcze udział przypada, o ile nam się zdaje, wiadomościom czysto empirycznym; teoryja, mianowicie badania tyczące się stosunków wymiany materyi w hidroterapii, zaznajamiają nas zaledwie z ostatecznym wynikiem właściwych zajść fizyjologicznych: znamy je ledwie po wierzchu, lecz „obce nam ich wnętrzne serca tajemnice“.

II. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków

napisał prof. Dr. **Blumenstok.**

V. Zadławienie czy utopienie. Badanie włosów.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27.)

Sąd krajowy tutejszy otrzymawszy sprawozdanie lekarskie oraz corpora delicti wręczył nam w d. 21 listopada 1877 r. te ostatnie celem zbadania ich i wydania orzeczenia. W szczególności mieliśmy do badania: 1) kilka liści znalezionych przy brzegu rzeczki, 2) gunię włosienną z kapturem, 3) kół w papier zwinięty i starannie opieczętowany, 4) pęczek włosów, ściętych przy sekcyi z głowy denata Feliksa B.

Na dwóch liściach znaleźliśmy plamy czerwonawe, które przy badaniu mikrochemicznem okazały się plamami krwawemi: na guni w miejscach przez właściciela wskazanych przedstawiały się obszerne plamy ciemne, chropawe, jakby wyprane; jednak pomimo wszelkich usiłowań w plamach tych kryształków heminowych, a tém mniéj ciałek krwi wykazać nie zdołaliśmy.

Na kole czyli okrajku 1·5 metra długim śród drzazg końca cieńszego znajdowały się 2 włosy, a na powierzchni wewnętrznéj chropowatéj z przerznięcia piłą powstałéj, przylegały 4 włosy. Badanie tych włosów wykazało:

I. 1) Włos pierwszy z cieńszego końca okrajka jest

przeszło 3 cm. długi, badany pod drobnowidem w glicerynie przedstawia się w zabarwieniu czarném, rdzeń jego zajmuje prawie całą szerokość włosa; koniec grubszy rozszczepiony, niedaleko od końca włos jest naddarty, a w tém miejscu widać, że rdzeń składa się z komórek czworobocznych, poprzecznie nad sobą leżących, jak cegły; w tém miejscu szerokość całego włosa wynosi 0.0155 mm. Potem włos staje się coraz cieńszy i jaśniejszy, rdzeń staje przerywany ale ciągle zajmuje $^2/_3$ całéj szerokości; koniec cieńszy jest gładki, 0·0093 mm. szeroki.

2) Włos drugi jaśniejszy, 7·5 cm. długi, pod mikroskopem okazuje się całkiem bezrdzeniowym, jasnym, koniec cieńszy gładko odcięty, 0·0558 mm. szeroki; koniec grubszy przedstawia cebulkę szeroko-owalną, grubą, całkiém gładką bez strzępów, 0·1025 mm. szeroką; w środku włos mierzy 0·0620 mm.

II. 3) Włos pierwszy z powierzchni przepiłowanéj jest jasny, 1·5 cm długi, całkiem bezrdzenny, jeden koniec gładko odcięty, 0·0465 mm. szeroki, koniec drugi nieco wystrzępiony, ma szerokość 0·0806 mm.

4) Włos drugi niespełna 2 cm. długi, ma cebulkę podłużno-owalną, całkiem czarną, 0·0620 mm. szeroką, podczas gdy tuż powyżéj niéj włos jest jasny, zrazu bezrdzenny, wyżéj rozpoczyna się rdzeń, który przy szerokości włosa 0·0651 mm. wynoszącéj mierzy 0·0279 mm. (a więc w stosunku jak 21:9), a przy szerokości włosa w inném miejscu 0·0682 wynoszącéj mierzy 0·0310 mm. (a więc jak 22:10); koniec znów bezrdzenny, gładko odcięty, 0·0496 mm. szeroki.

5) Obok włosa poprzedniego i krzyżując się z nim leży włos niespełna 1 cm. długi, zwinięty; włos ten jest jasny, bezrdzenny, jeden koniec ma rozszczepiony, w środku mierzy 0·0496 mm., koniec drugi owalno-pałeczkowy, 0·0279 mm. szeroki.

6) Włos przeszło 7 cm. długi, częścią jasny, częścią rudawy; cebulka owalno-pałeczkowata, 0·1643 mm. szeroka; powyżéj niéj ukazuje się rdzeń przerywany 0·0124 szeroki (45:4), koniec rudawy, dość równo odcięty, 0·0620 mm. szeroki.

III. Włosy denata Feliksa B. są dwojakiego rodzaju: po największéj części brunatne, ale i szpakowate. Ponieważ włosy z jednéj i téj saméj głowy pochodzące różnią się czasem znacznie pomiędzy sobą, badano większą ich ilość. Tu podaję opis 6ciu włosów:

1 włos	blado-czokoladowy, bezrdzenny,	szerokość jego	0·0517 mm.
2 „	„ „	„ „	0·0517 „
3 „	„ „	„ „	0·0517 „
4 „	czokoladowy „	„ „	0·0517 „
5 „	siwy, rdzeń 0·0093 (22:3)	„ „	0·0682 „
6 „	czekoladowy bezrdzenny	„ „	0·0496 „

szerokość zatém średnia wynosi 0·0541.

Orzeczenie: Z badania włosów znalezionych na okrajku wynika, że 1) włos pierwszy jest zwierzęcy; przemawia za tém szerokość rdzenia i postać komórkowa tegoż; ułożenie zaś komórek obok znacznéj cienkości włosa czyni włos podobnym do włosów, jakie posiadają lisy i szczury. 2) Włos drugi jest ludzki; przemawia za tém brak zupełny rdzenia i szerokość włosa; długość zaś onego i postać cebulki przemawiają za pochodzeniem z głowy 3) Włos trzeci jest ludzki; ponieważ tenże jest z obydwóch stron odcięty, nic więcéj o nim powiedzieć nie umiemy. 4) Włos czwarty jest zwierzęcy; przemawia za tém postać cebulki i szerokość rdzenia; jest on podobny do włosów psa. 5) Włos piąty jest ludzki; ponieważ z obydwóch stron jest odcięty, bliższych znamion nie podajemy. 6) Włos szósty jest ludzki i pochodzi z głowy.

Ponieważ włosy pierwszy i czwarty są zwierzęcemi, włosy zaś: trzeci i piąty są wprawdzie ludzkiemi, ale są tylko kawałkami odciętemi, tak że nie można oznaczyć okolicy ciała, z któréj pochodzą, ani też na ich mierzeniu polegać nie można, ponieważ niepodobna wiedzieć, czy pochodzą od końca górnego, środka itp., pozostają nam przeto tylko 2 włosy (drugi i szósty), które jako z głowy ludzkiéj pochodzące służyć mogą do porównania z włosami ściętemi z głowy denata Feliksa B.

Jednak i te dwa włosy różnią się znacznie od włosów Feliksa B., a mianowicie: 1) są one znacznie grubsze od ostatnich, 2) są one pod względem barwy jaśniejsze, podczas gdy włosy Feliksa B. są albo siwe albo barwy czekoladowéj.

Uwzględniając jednak okoliczność, że włosy od jednéj i téj saméj głowy pochodzące różnią się częstokroć w wysokim stopniu nie tylko pod względem barwy, ale i grubości, nie możemy bezwzględnie wykluczyć możebności, że dwa te włosy (drugi i szósty) pochodzić mogą od głowy Feliksa B., jakkolwiek to nie jest prawdopodobném.

Następnie Sąd krajowy zażądał od nas wydania orzeczenia o przyczynie śmierci Feliksa B., a to na podstawie aktów śledztwa oraz badania właśnie co wspomnionego.

Orzeczenie to opiewało jak następuje:

I. Zmiany znalezione na zwłokach Feliksa B., a opisane przez pierwszych znawców pod l. 6, 8, 9, 13 dowodzą, że denat nadużywał napojów wyskokowych, a woń wyskokowa, którą czuć można było w żołądku podczas sekcyi, przemawia za tém, że denat w ostatnich chwilach życia pił gorzałkę.

II. Ponieważ d. 22 października w południe stężenie pośmiertne było w zupełności rozwinięte, ponieważ następnie świadek zeznał, że Feliks B. d. 21go października o godzinie $9^1/_2$ w nocy wyszedł z kawiarni w stanie podpitym, ponieważ wreszcie trudno przypuścić, aby ciało było całkiem stężałe wcześniéj, aniżeli w 10 godzin po śmierci, więc śmierć Feliksa B. mogła nastąpić najpóźniéj w parę godzin po północy. Ponieważ jednak nie wiemy, jak długo stężenie już trwało w chwili, gdy zwłoki odkryto, ponieważ okoliczność, że stężenie w południe już było zupełném, każe wnosić, że ono już kilka godzin trwać musiało, więc z największém podobieństwem do prawdy przypuścić należy, że śmierć Feliksa B. nastąpiła na kilka godzin wcześniéj, że więc Feliks B. umarł w niedzielę w nocy, to jest nie długo po wyjściu z kawiarni, tak że twierdzenie świadka, jako koło godziny $9^1/_2$ wieczorem przechodząc koło miejsca, gdzie następnego dnia trupa znaleziono, słyszał jakieś oddychanie, już co do czasu wielce zasługuje na uwagę, jak to pod innym względem jeszcze poniżéj wykażemy.

III. Wszystkie obrażenia znalezione na zwłokach Feliksa B. zadane zostały najprawdopodobniéj ręką: nie ma więc podstawy do przypuszczenia, jakoby użyty został i kół czyli okrajek, przedstawiony nam do badania, a ponieważ nadto nie było żadnego obrażenia na głowie włosami pokrytéj, więc z góry również niema podstawy do przypuszczenia, jakoby włosy na okrajku znalezione pochodzić miały od głowy Feliksa B., a zresztą badanie mikroskopowe tych włosów z największém prawdopodobieństwém przemawia przeciwko identyczności takowych z włosami denata.

IV. Ponieważ na ciele Feliksa B. nie znaleziono żadnych ran, gdy więc, jak również obducenci słusznie zauważyli, obfite ślady krwi na ziemi znalezione pochodzić mogą tylko z krwotoku nosowego, krwotok zaś nosowy istotnie powstać może śród duszenia, więc nie ulega wątpliwości, że Feliks B. został napadnięty i dławiony na tém miejscu, gdzie obfite ślady krwi skrzepłéj znaleziono.

V. Zwłoki Feliksa B. znaleziono jednak w wodzie, a oględziny wewnętrzne wykazały z pewnością, że F. B. umarł z uduszenia. Rozchodzi się więc o to, czy uduszenie było następstwem dławienia lub dostania się do wody.

VI. Obducenci oświadczają się za śmiercią w wodzie. Z okoliczności przez nich na poparcie swego zdania przytoczonych przemawiać się zdają za śmiercią we wodzie: 1) obecność płynu wodnistego w żołądku, 2) skurczenie prącia i 3) gęsia skórka. Jeżeli jednak zważymy: co do 1go, że w żołądku znajdowało się 200 grm. (około 12 łyżek) płynu wodnistego, wonią swą wódkę przypominającego, że denat napadnięty został prawie bezpośrednio (7 minut drogi) po wyjściu z kawiarni, w któréj trzy szklanki herbaty był wypił, że więc obecność w żołądku stósunkowo nie wielkiéj ilości płynu, i to wydającego woń wyskokową, wcale jeszcze za tém nie przemawia, aby płyn ten miał być wodą rzeczną; co do 2go i 3go, że skurczenie członka i gęsia skórka mogą powstać i po śmierci, zwłaszcza, jeżeli człowiek bezpośrednio prawie po zejściu dostaje się do środka chłodnego, — to reszta zmian znalezionych przy sekcyi dowodzi tylko śmierci z uduszenia; temi zmianami są: płynność krwi, zaczerwienienie błony śluzowéj krtani i tchawicy, przekrwienie płuc, wątroby i nerek, obfitość krwi płynnéj w prawéj komórce sercowéj, obok braku innéj przyczyny śmierci.

VII. Natomiast dokładnie przez pp. obducentów opisane ślady ucisku wywartego na szyję Feliksa B. palcami ręki prawéj każą nam koniecznie przypuścić ścisły związek pomiędzy uduszeniem a dławieniem. Jeżeli jest faktem, że jednorazowe i krótko trwające ale silne, choć żadnych śladów zewnętrznych nie pozostawiające uchwycenie za gardło może człowieka pozbawić przynajmniéj przytomności, to dławienia tak znacznego, iż pozostawiło ślady nie tylko zewnętrzne, ale nawet pociągnęło za sobą podskórne wylanie krwi, wcale lekceważyć nie możemy. Nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że dławienie to mogło wywołać uduszenie Feliksa B., a w danym przypadku wszystko za tém przemawia, że w istocie wywołało. Po takiém dławieniu, przypuściwszy że Feliks B. dławiony był stojąco, musiał on upaść bez przytomności, a upadł lub leżał w owém miejscu, gdzie ślady krwotoku nosowego znaleziono.

VIII. Dławienie wprawdzie częstokroć wywołuje śmierć szybką; w danym przypadku atoli mamy na to dowody, że Feliks B. nie umarł szybko, lecz że konał nieco dłużéj. Przemawiają za tém: piana znaleziona w krtani i tchawicy (7), a głównie skrzep znaleziony w prawéj komórce serca (8), czego nie znajdujemy, jeżeli śmierć nastąpiła bardzo szybko. Skoro zaś konanie trwało nieco dłużéj, skoro nietylko w krtani i tchawicy ale i w oskrzelach znaleziono pianę, więc konający najprawdopodobniéj charczał, a zatém charczenie jego mogło być słyszane przez człowieka koło tego miejsca przechodzącego, a więc i pod tym względem zeznanie świadka zasługuje na uwagę.

IX. Okoliczności dotąd przytoczone wykluczają możebne przypuszczenie, aby Feliks B. bezpośrednio po napadzie dostał się do wody, owszem przemawiają za tém, że Feliks B. konający leżał jeszcze na ziemi, w przeciwnym bowiem razie, tojest, gdyby bezpośrednio po doznaném dławieniu dostał się był do wody, śmierć jego nastąpiłaby bardzo prędko, a wtedy nie byłoby właśnie zmian w poprzednim ustępie omówionych.

X. Dla nas zatém nie ulega wątpliwości:

1) że między dławieniem Feliksa B. a dostaniem się jego do wody minął czas jakiś, przynajmniéj kilka minut;

2) że przez tych kilka minut Feliks B. znajdował się w stanie agonii.

XI. Czy następnie Feliks B. dostał się do wody konający lub już zmarły, o tém stanowczo orzekać nie możemy, albowiem jedno i drugie jest możebném. Mógł on umrzeć na ziemi, albo wyzionąć ducha dostawszy się w ostatniéj chwili życia do wody. Tyle tylko jest pewném, że Feliks B. konał na ziemi i że byłby umarł, choćby nie był się dostał do wody.

XII. W każdym atoli razie Feliks B. nie mógł się sam lub przypadkiem dostać do wody, skoro konał w odległości 2 metrów 64 cm. od brzegu, skoro nadto ułożenie jego we wodzie na wznak, głową ku chodnikowi a nogami zwróconemi ku brzegowi nieprzystępnemu było tego rodzaju, że wykluczało wszelki przypadek. Ułożenie to w ten tylko sposób tłumaczyć się daje, że Feliks B. zmarły lub konający, w każdym razie nieprzytomny, wleczony za nogi aż do przykopy, a następnie od tyłu tojest od głowy, popchnięty został do wody.

XIII. Streszczając więc wszystko dochodzimy do wniosku, że Feliks B. w stanie podpitym napadnięty został w nocy z 21 na 22 października przez osobę trzecią, że ręką prawą téj osoby uchwycony został silnie za gardło, że dławiony był przez czas nieco dłuższy, przyczém ręka dławiąca zadała mu nietylko obrażenia na szyi, ale i na wardze i w okolicy przyusznéj lewéj, że Feliks B. w skutek tego dławienia upadł i leżał w agonii przynajmniéj przez kilka minut i że wreszcie albo już po śmierci albo śród konania zawleczony został do wody.

XIV. W protokóle sekcyjnym, zresztą bardzo dokładnym, nie ma wzmianki o wyglądzie skóry na dłoniach i stopach, która nabiera zazwyczaj wejrzenia charakterystycznego, jeżeli ciało przez kilka godzin przynajmniéj leżało we wodzie. Gdyby brak téj wzmianki uprawnił nas do przypuszczenia, że zmian na dłoniach i stopach wcale nie było, wtedy byłoby to rzeczą bardzo ważną, bo moglibyśmy orzec, że ciało Feliksa B. niedługo leżało we wodzie, że więc śmierć jego stanowczo nastąpić musiała przed dostaniem się ciała do wody.

XV. W każdym razie atoli nie wahamy się orzec stanowczo, że Feliks B. umarł śmiercią gwałtowną przez zadławienie ręką prawą osoby trzeciéj, działającéj w zamiarze pozbawienia ofiary życia, oraz, że śmierć z ręki własnéj lub z przypadku stanowczo wykluczyć należy.

XVI. Ponieważ, jak powiedzieliśmy, ran krwawiących nie było (prócz krwotoku nosowego), więc suknie sprawcy niekoniecznie musiały być krwią zbroczone.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Kl. Dębicki (we Lwowie): **Iwonicz w r. 1878.**

Statystyka wykazuje, że rok rocznie wzrasta ilość gości w naszych kąpielach, co zapewne tłumaczyć należy wię-

kszą troską właścicieli o odpowiednie urządzenie zakładów, które do niedawna wiele pozostawiały do życzenia, przez co niedotrzymywały kroku zdrojowiskom zagranicznym. Nie małą zasługę około podniesienia naszych zdrojowisk położyła Komisyja balneologiczna, ale nie mniejsze lekarze w tychże zakładach ordynujący, którzy niezapominając o zaprowadzeniu różnorodnych ulepszeń nawołują nas do popierania zakładów swojskich. Do niedawna takie prace były dość rzadkie, a chwalebny wyjątek między innemi stanowił pod tym względem Iwonicz, o którym dwie bardzo cenne rozprawy ogłoszono. Obecnie leży przed nami nowe sprawozdanie za rok 1878, a pierwsze przez autora ogłoszone, którego strona zewnętrzna, jakkolwiek skromna, dość przyjemne robi wrażenie. Na 46 stronicach walczy autor ciągle z żądaniem zarządu, który chciałby, aby sprawozdanie było pochwałą dla jego prac i ulepszeń, jak to zazwyczaj bywa, a prawdziwém zadaniem lekarza, jakiém jest napisanie rozprawy naukowéj. Z walki téj wychodzi autor zwycięsko, jeśli nieuwzględnimy ogłoszenia drugiego lekarza zakładowego, które powinno było zadowolić zarząd kąpielowy, a z którego może się czytelnik dowiedzieć o położeniu, komunikacyi, środkach leczniczych, urządzeniach, rozrywkach i przyjemnościach, wreszcie o cenie kąpieli i powozów, a nakoniec o mieszkaniu lekarza. Niepojmujemy celu wspomnionego ogłoszenia, a zarząd uczyniłby lepiéj, gdyby koszta tego drugiego sprawozdania był użył na uposażenie rozprawki Dra Dębickiego, albo autora uwolnił od reklamy dla zarządu. W dziedzinę balneologiczną wstępuje D. po wyliczeniu środków leczniczych, gdy tłumaczy fizyjologiczne ich działanie i opierając się na niém wysnuwa wskazania lecznicze. Prawie niepodobieństwem jest treściwiéj, a zarazem dokładniéj, przedstawić działanie środków leczniczych, aniżeli to autor uczynił, a mimo zwięzłego przedstawienia przekonywamy się o znajomości autora nawet najnowszych prac na tém polu dokonanych. Po rozbiorze, jak działają wody wewnętrznie i zewnętrznie użyte, nie zapomina o działaniu ługu, soli, o kąpielach zimnych, żętycy, klimacie, a ciągle opierając się na fizyjologii odkrytemi przez nią prawdami udowadnia twierdzenie swoje. Naukową wartość ma także ustęp, w którym autor rozbiera, jak Iwonicz działa na dotkniętych zołzami i tu przypomina ajtyjologiję i terapiję téj choroby. Zgadzamy się z autorem, że zbyt treściwe przedstawienie rzeczy musi umniejszyć wartość całéj rozprawki, a usprawiedliwiamy je o tyle, o ile i my chcielibyśmy, aby obecne sprawozdanie było wstępem do szczegółowych i dokładniejszych sprawozdań, których się spodziewamy, życząc, aby autor zawsze tą drogą postępował, a sprawozdania tak opracowane będą dalszym ciągiem znakomitych prac, jakie o Iwoniczu w naszéj literaturze posiadamy. Rozprawka kończy się poglądem na stosunki klimatyczne Iwonicza, którego wielkiéj wartości dowodzić byłoby rzeczą zbyteczną.

Dr. Ż. K.

IV. Zbiór pism hippokratowy w świetle nowożytnéj krytyki.

Wyłożył na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak.
dnia 4 czerwca 1879
Prof. Dr. **Józef Oettinger.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Obrana droga nowa poszukiwań od całości do pojedyńczych części, od obwodu koła niejako do jego środka, doprowadziła do wypadku przewyższającego najśmielsze oczekiwania: gdy bowiem dawniéj łowiono dorywczo rozrzucone w podziemiu ziarna i żyłki złota, to ścisłe a systematyczne zbadanie całego pokładu nie tylko tego drogiego metalu przysporzyło, ale wydobyło także na jaw wiele innych a cennych kruszców.

Pokazało się mianowicie, że krytycy dawniejsi posuwali częstokroć zbyt daleko swoją podejrzliwość, że niesłusznie odsądzali od prawdziwości pisma, mające za sobą świadectwa niewątpliwe, że zgoła nie może być mowy o podrabianiu umyślném, że przynajmniéj tego zamiaru nie mieli sami autorowie, którzy pisali w dobréj wierze, w celu szczerze naukowym, a nie przewidywali, że ich utwory przez zbieg przypadkowych okoliczności przybiorą nazwę powszechnie znaną i poważaną, któréj tarcza ochroni je od niechybnéj inaczéj zguby.

Owoż zaczął Littré od roztrząsania naprzód pytania: Jak? gdzie? i kiedy? powstał ten cały zbiór pism noszący nazwę Hippokrata. Czy pod względem treści i rozciągłości był zawsze taki sam, lub też, czy wzrastał lub malał? a jeżeli tak, odkąd? w jaki sposób? i jakim w ogóle ulegał zmianom?

Znalazły się dowody niewątpliwe, że te zabytki piśmienne takie, jakie są teraz, prawie wszystkie, bo z wyjątkiem tylko drobnéj, dodatkowéj a mniéj ważnéj części, sięgają odległéj starożytności, nie przekraczającéj w żadnym razie wieku rozkwitu szkoły aleksandryjskiéj, tj. około 300 lat przed Chrystusem, ale ją jeszcze mniéj lub więcéj wyprzedzającéj. Epoka mianowicie założenia wielkich biblijotek w świeżéj stolicy Egiptu pod Ptolomeuszami była chwilą ustalenia się całego tego zbioru, tam i w owéj porze przybrał on skład i układ, w jakim przekazywały go sobie z uszanowaniem nie śmiejąc tykać ani treści ani formy następne pokolenia. Upada więc z góry podejrzenie podrabiań o wiele późniejszych, a zmiany drobne, jakie w ciągu wielu wieków się dokonały, odnoszą się jedynie do kilku nazw odmiennych, nadawanych niektórym pojedyńczym pismom, albo też do pomyłek pisarskich, nieuniknionych w skutek przechodzenia tych utworów przez niezliczony szereg rąk i piór, nie zawsze kierowanych równą biegłością i znajomością rzeczy.

Bądź jak bądź wszystkie niedostatki, uszkodzenia i częściowy bezład, jakie dziś w tym zbiorze napotykamy, były mu już właściwe od pierwszéj chwili, gdy się jego pojedyńcze części przypadkiem w jednę mechaniczną niejako skupiły całość.

Na sposób jéj powstania rzuca światło podanie Strabona o losach pism Arystotelesowych. Powiada on, że po Teofraście, uczniu i następcy mistrza w szkole, odziedziczył je Neleusz i przeniósł do Skepsis. Dostały się następnie w spadku jakimś prostaczkom, co je chowali pod kluczem jako skarb drogi, lecz nierozumiany. Obawiając się, aby im nie został wydarty gwałtem z nakazu władzy przy zakładaniu biblijotek, zakopali go w ziemi nie troszcząc się zapewne wiele o to, czy przypadkiem układ pism lub nawet ich całość nie doznały nadwerężenia. Jakoż stały się istotnie pastwą wilgoci i robactwa, skutkiem czego uległy znacznemu uszkodzeniu. Po długim czasie kupił je za wysoką cenę Apellikon z Teos, miłośnik raczéj ksiąg niż znawca, i według swego nie bardzo trafnego rozumienia powierzchownie je jako tako ułożył i uporządkował, a przygotowując nowe odpisy nie bardzo szczęśliwie podopełniał powygryzane szczer-

by. Podobne koleje przechodził zbiór dzieł, o którym mowa, jak to niemal naocznie Littré wykazuje. W porze albowiem wyprzedzającéj epokę zakładania wielkich księgozbiorów bardzo wiele płodów piśmiennych albo całkowicie zmarniało, albo ukrywało się w jednym lub nie wielu okazach nie dochodząc do powszechnéj wiadomości, zwłaszcza że rozmnażanie rękopisów napotykało tę nieprzełamaną trudność, iż roślina papyrowa nie była dość rozpowszechniona, a pergaminu jeszcze nie wynaleziono. Według świadectwa Galena zabytki Hippokratowe krążyły spisane na tabliczkach woskiem powleczonych (δέλτοι) lub na skórach zwierzęcych (διφθέραι).

„Autorowie,“ mówi tenże pisarz, „nie ogłaszali swych płodów za życia a po ich śmierci nie było więcéj odpisów nad jeden lub dwa. Innym razem pisma mniéj się podobają, nie odpisują ich wcale i giną. Są nareszcie ludzie, co z istnéj zazdrości ukrywają i niszczą księgi starożytne, inni nakoniec czynią tak, aby sobie ich słowa przywłaszczyć.“— Littré na zasadzie skazówek napotykanych w samym składzie i układzie zbioru tudzież w osnowie i różnym sposobie jéj opracowania i wykończenia dochodzi do wypadku, że 1) cały zbiór bywszy zrazu w rękach lekarskich dostał się w posiadanie ludzi, którzy nie znali się ani na szczegółowém pochodzeniu pojedyńczych ksiąg, ani na ich naukowéj wartości; 2) wiedzieli tylko, że pochodzą od drużyny Hippokratowéj (rodziny, uczniów); 3) ogłoszenie czyli pierwsze rozpowszechnienie nastąpiło wkrótce po otwarciu wielkich księgozbiorów w Aleksandryi.

Owóż zapał Ptolomeuszów egipskich w zakładaniu i pomnażaniu biblijotek, spółzawodnictwo z nimi władców Pergamu wydobyło z ukrycia te zabytki już nadwerężone i bez ładu zgarnięte, któreby zapewne uległy całkowitemu zniszczeniu lub zatracie, gdyby zarządzone troskliwe poszukiwania, poparte obietnicą hojnéj zapłaty, nie zwróciły uwagi na te zapomniane i zagrzebane gdzieś skarby.

Pierwszy popęd wyszedł od syna Ptolomeusza Lagosa, założyciela biblioteki aleksandryjskiéj, pomnożył ją jego następca Ptolomeusz z przydomkiem Philadelphus. Trzeci z kolei Ptolomeusz Evergetes w tymże celu polecił kupcom i żeglarzom, aby w czasie swych podróży do różnych krajów nabywali, zbierali i przywozili napotykane i starannie śledzone pisma naukowe. Gromadzone tą drogą zdobycze znalazły oddzielne pomieszczenie pod napisem: z okrętów (τὰ ἐκ πλοίων).

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Choroby nagminne w Galicyi w ciągu czerwca 1879.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem maja	przybyło	z tych wyzdrowiało	z tych umarło	z tych pozostało w leczeniu: chorych	z tych pozostało w leczeniu: w gminach
Ospa	20	30161	32	174	135	39	13	3
Odra	79	101922	960	3182	3094	244	605	27
Płonica	8	7658	5	146	65	36	43	4
Błonica	27	34297	28	351	143	190	44	9
Dur brzusz.	15	19885	68	110	125	10	24	5
Dur osutkow.	31	52110	180	315	342	29	104	11
Krztusiec	23	29803	500	766	593	69	538	14

Ospa panowała głównie w powiecie bocheńskim w 8miu gminach, z końcem miesiąca jednakże wygasła w tym powiecie zupełnie. Daléj w gorlickim (5 gmin) i grybowskim (3 gminy.)

Odra panowała w ciągu czerwca w mniejszéj rozległości niż w maju, zawsze jednakże dość groźnie, z śmiertelnością 6%, głównie w powiecie brzozowskim i rzeszowskim; w powiecie przemyskim w 7 gminach, lecz prawie bez przypadków śmierci; natomiast w powiecie sanockim (Rymanów) i w mieście Samborze śmiertelność dość znaczna.

Płonica jak w zeszłym miesiącu w ośmiu miejscowościach ośmiu różnych powiatów. Śmiertelność jednakże znaczna, bo wyżéj 23%.

Błonica znowu groźniéj wystąpiła, niż w dwóch zeszłych miesiącach, szczególnie w śniatyńskim, tłumackim, kołomyjskim i zaleszczyckim powiecie. Pojawiła się także w jednéj gminie brzeskiego i sądeckiego powiatu. Dławiec w Cieszanowskim. Śmiertelność z błonicy w czerwcu 59·0%.

Dur brzuszny i osutkowy znacznie się zmniejszają.

Krztusiec trwa w równéj mierze jak w maju, głównie w powiecie żywieckim. *Dr. Merunowicz.*

(M) **Lwów.** Wydział krajowy nadał zgodnie z propozycyją c. k. kraj. Rady zdrowia za odznaczenie się przy zeszłoroczném szczepieniu nagrody następującym lekarzom: Drowi Zaleskiemu nagrodę w kwocie 200 złr. w. a., Drowi Wrońskiemu nagrodę w kwocie 180 złr. w. a., Drowi Lisińskiemu 150 złr., Drowi Wacławowi Machnowskiemu 100 złr.

C. k. krajowa rada zdrowia na swém posiedzeniu z dnia 17 czerwca b. r. nadała stypendyjum z fundacyi Dra Jakóba Rappaporta panu Bieberowi, doktorandowi medycyny na wszechnicy wiedeńskiéj. W sprawie rekursu gminy Knihynina przeciw nadaniu przez c. k. Starostwo w Stanisławowie koncesyi p. Weissbachowi na otwarcie garbarni nad Młynówką, płynącą na granicy Knihynina, zażądała Rada zdrowia bliższych wyjaśnień przez komisyję *ad hoc* z Namiestnictwa wysłaną. Daléj przedstawiła c. k. Rada zdrowia terno z pośród kandydatów ubiegających się o posadę lekarza powiatowego w Łańcucie a względnie na opróżnioną asystenturę sanitarną.

* W Nrze 46 Przegl. Lek. z r. z. wspomnieliśmy, że Namiestnictwo, chcąc uczynić zadość ustawie (z r. 1870) oraz życząc sobie, aby lekarze rządowi choć raz w roku odwidzali każdą miejscowość swego powiatu, udało się do Ministerstwa spraw wewn. z żądaniem wyznaczenia na ten cel ryczałtowéj kwoty około 14000 zła. oraz o upoważnienie do użycia téj kwoty już w r. 1879. Według wniosku Namiestnictwa suma ta miała być rozdzieloną między lekarzy i weterynarzy powiatowych i asystentów sanitarnych w miarę wielkości powierzonych im okręgów sanitarnych w kwotach od 150 — 225 zła. Otóż Ministerstwo dotąd nie wyznaczyło żądanego ryczałtu, jednak zezwoliło na „podróże peryjodyczne“ lekarzy, jak to wynika z okólnika przez Namiestnictwo w d. 26 czerwca rb. do L 32000 wydanego do wszystkich pp. Starostów, a który to okólnik opiewa jak następuje:

„Rozporządzeniem z d. 18 stycznia br. l. 15427 zezwoliło wysokie Ministerstwo spraw wewnętrznych, by koszta z powodu peryjodycznych podróży c. k. lekarzy powiatowych, c. k. asystentów i weterynarzy powiatowych (§ 8. lit. *c.* ustawy z 30go kwietnia 1870 względnie §. 14 lit. *b.* Dz u. p. L. 68) zanim wysokość udzielić się mających ryczałtów za takie podróże nie zostanie wyznaczoną, były pokrywane każdorazowo na podstawie partykularzy ułożonych według obowiązujących przepisów.

Z téj przyczyny zechciéj Pan polecić urzędnikom sanitarnym powiatowym, by jeszcze w bieżącym roku przedsiębrali zwiedzenie powiatu, mianowicie tych miejscowości, których dla braku tamże czynności sanitarnych tego roku jeszcze nie zwiedzili. Partykularze z tych podróży należy przedkładać osobno z wyraźném podaniem: „za podróże peryjodyczne.“

W tych podróżach mają urzędnicy sanitarni baczyć przedewszystkiém, czy agendy sanitarne wchodzące w pośredni i bezpośredni zakres gmin (§. 3 i 4 powołanéj ustawy) są odpowiednio wykonywane, przedewszystkiém mają prowadzić ewidencyję podrzutków, głuchoniemych, obłąkanych i kretynów w zakładach publicznych nieumieszczonych (§. 3 lit. *c.*) i w tym celu sprawdzać wykazy naczelników gminnych i dusz pasterzy; mają daléj przekonać się, czy i jak są urządzone trupiarnie i jak utrzymane cmentarze (§. 3 lit. *d.*), czy są wykonywane przepisy co do targów na bydło, paszportów bydła, rzezalni i ścierwisk (§. 3 lit. *c.* i *f.*)

Z każdorazowéj podróży ma być przedłożone krótkie sprawozdanie.

Urzędnik sanitarny nie ma zwiedzać w każdym roku wszystkich gmin powiatu, lecz przedewszystkiém wybrać te gminy, których, jak wyżéj powiedziano, nie miał sposobności zwiedzić w bieżącym roku z jakiego specyjalnego powodu, a które znane są ze złych stosunków sanitarnych. Pana c. k. Starosty rzeczą wskazać pisemnie miejscowości, do których urzędnik sanitarny w czasie peryjodycznéj podróży ma się udać w czasie wolnym od innych czynności sanitarnych za zgłoszeniem się u Pana c. k. Starosty; nie musi jednakże takowych odbywać nieprzerwanie.

Pan Starosta zechce jednakowoż baczyć, by fundusz sanitarny nie był narażony na większe wydatki w skutek nieusprawiedliwionych i nie koniecznie potrzebnych powrotów do miejsca zamieszkania rachunkozdawcy".

(Wniosek Namiestnictwa zmierzył do tego, aby lekarze pow. i asystenci sanit. za rocznym ryczałtem z góry wyznaczyć się mającym mieli obowiązek zwiedzania raz w roku wszystkich miejscowości okręgu zdrowotnego; wniosek ten był całkiem odpowiedni, albowiem obowiązek peryjodycznego zwiedzania powiatu ciąży na lekarzach i weterynarzach rządowych na mocy §. 8 lit. *c.*, względnie §. 14 lit. *b.* ustawy z d. 30 kwietnia 1870 r., a rzeczą rządu jest dostarczenie im potrzebnych funduszów. Rozporządzenie Ministerstwa spraw wewn. wyżéj zacytowane wprowadza atoli prowizoryjum („zanim wysokość udzielić się mających ryczałtów za takie podróże nie zostanie wyznaczoną") — a wiemy, jak długo u nas trwają prowizoryja — według tego zaś rozporządzenia Starosta ma wskazać lekarzowi pisemnie miejscowości, do których ma się udać w czasie wolnym od innych czynności; obawiamy się zaś, że ta wskazówka pisemna oraz kwestyja partykularzy będą szkopułami, o które nieraz rozbijać się będą dobre intencyje rządu i lekarzy. *Red.*)

* Członkami najwyższéj Rady zdrowotnéj we Wiedniu mianował minister spraw wewnętrznych na lat trzy dotychczasowych członków: E. Hofmanna, prof. med. sądowéj, Józefa Hoffmanna, dyrektora szpitala powszechnego, Edwarda Nussera, fizyka miejskiego, Maurycego Rölla, radzcę dworu i dyrektora zakładu weterynarskiego i Józefa Schnellera; nowymi zaś członkami w miejsce zmarłych mianował: radzcę dworu Karola Langera, prof. anatomii, radzcę rządowego Ludwika Schlagera, dyrektora zakładu dla obłąkanych, Józefa Spätha prof. położnictwa i Augusta Vogla prof. farmakognozyi.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 26 (od 22 do 28 czerwca) umarło w Krakowie osób 31; w obwodach 21, w szpitalach 10; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 28,5; we Lwowie 36,8; w Warszawie 29,8; w Poznaniu 41,9; w Wiedniu 26,5; w Budapeszcie 37,5; w Pradze 39,8; w Tryjeście 27,2; w Berlinie 46,4; w Wrocławiu 33,1; w Monachijum 35,7; w Dreźnie 26,1; w Lipsku 16,8; w Bazylei 26,9; w Brukseli 22,1; w Paryżu 24,0; w Londynie 18,3; w Chrystyjanii 17,0; w Petersburgu 38,3; w Bukareszcie 30,7. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych: 2 z duru brzusznego, 1 z duru osutkowego, 1 z kiły, 1 z zimnicy. W tygodniu 27 doniesiono o następujących przypadkach chorób zakaźnych: 1 duru brzusznego (ze Skałki), 1 duru osutkowego (z Kryminału). *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 10 lipca. Na posiedzeniu swém z d. 4 bm. Wydział lekarski tutejszy wybrał dziekanem na przyszły rok szkolny prof. Aleksandra Stopczańskiego; gdy jednak tenże od przyjęcia tego urzędu na rok przyszły wymówił się, a to z powodu, że jest obciążony pracą wykładając zastępczo i farmakologiję a nie mając nateraz asystenta, Wydział uznając te powody za uzasadnione przystąpił do nowego wyboru, który padł na prof. Edwarda Korczyńskiego. Delegatem zaś Wydziału do Senatu akadem. wybrany został prof. Antoni Rosner.

Na temże posiedzeniu Wydział udzielił stypendyjum śp. Polowéj w kwocie 120 zła. ukończonemu medykowi, p. Antoniemu Gluzińskiemu.

* W Numerze 11 *„Der Feldarzt"* (dodatku do *Allg. W. med. Ztg.)* redakcyja podaje wolne tłumaczenie wykładu prof. Rydla „o wykrywaniu symulacyi ślepoty i niedowidzenia," mianego w Komisyi sądowolek. Tow. lek. krak. a umieszczonego w Nrach 24—26 Przegl. Lek., przyczém redakcyja tygodnika wiedeńskiego podaje wyraźnie, że wykład ten odbył się w naszém Tow. lek. i że był umieszczony w Przeglądzie Lek. Tak spieszne powtórzenie i przetłumaczenie wykładu przez czasopismo niemieckie dowodzi najlepiéj, że przedmiot poruszony przez wykładającego ma znaczenie praktyczne.

* Dr. med. Julijan Czerkawski we Lwowie wybrany został jednogłośnie przez właścicieli większych w żółkiewskiém posłem do Rady państwa we Wiedniu.

* Właściciel źródła Franciszka Józefa w Budapeszcie donosi nam, że obecnie wielu sprzedaje butelki wody téj opatrzone w winietę zieloną zamiast protokółowanéj czerwonéj i ostrzega przed kupowaniem pierwszych, jako od niego nie pochodzących.

* Zwrócono nam uwagę, że pani Seligmanowa, wdowa po urzędniku, mieszkająca w Krakowie (przy ul. Długiej Nr. 24) nabyła zagranicą doświadczenia w obchodzeniu się z chorymi, używającymi kuracyi za pomocą wody zimnéj, że więc szan. koledzy mogą panią S. polecać do rozmaitych procedur hydryjatycznych chorym leczącym się tu na miejscu.

* Według nadesłanych nam wykazów bawiło w Cieplicach czeskich do dnia 7 lipca gości 5517, w Giesshüblu 30, a w Krynicy gości 630.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Donders w Utrechcie i Dr. Stokes w Cambridge mianowani zostali członkami koresp. Akademii Umiejętn. w Paryżu. — Jako sędziowie do ocenienia prac o dławcu, nadejść mających do Berlina w skutek nagrody (2000 marek) rozpisanéj przez Cesarzową niemiecką, wyznaczeni zostali proff. Klebs, Langenbeck, Liebreich, Nägeli, Oertel, Thiersch i Virchow. — Prof. chirurgii w Pradze Blazina przeniesiony w stan spoczynku otrzymał wyraz uznania cesarskiego za długoletnią służbę swoją. — Dr. Aleksander Tauber mianowany został docentem chirurgii operacyjnéj w Warszawie.

* **Wiadomości osobowe.** Dn. 2 bm. otrzymali na tutejszym uniwersytecie stopień doktorów w. n. lek. pp. Kazimierz Bossowski z Tenczynka i Józef Gonka z Brzeźnicy w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Pradze umarł Dr. Franciszek Novotny docent prywatny i b. asystent przy katedrze fizyjologii. — Tamże umarł Dr. Kapper w 58 roku życia swego, znany jako poeta czeski.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 27: Talki: Szósty przypadek wrodzonéj torbieli surowiczéj oczodołu pod powieką dolną przy małooczności; Dymnickiego: Przypadki przymiotu leczone w Busku w r. 1878. *Gazety Lekarskiéj* Nr. 27 nie doszedł nas.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiégo, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 19 lipca 1879. № 29. Rok XVIII.

I. O leczeniu śródmaciczném i o oddziaływaniu macicy przy témże.

Wykład miany w Tow. lek. krak. przez Dra **M. Kohna**.

Biorąc sobie przedmiot powyższy za założenie, z którego w dzisiejszym wykładzie wyjść zamierzam, nie miałem wcale na celu opowiedzenia szan. kolegom czegoś nowego w tym kierunku; nawet nie mogłem mieć tego zamiaru, gdyż rzecz ta przez znakomitych ginekologów różnych szkół tak już jest opracowaną, że z małemi wyjątkami wszelkie w téj mierze polecone środki lub narzędzia nie są nowemi; ustępują one też częstokroć wkrótce z widowni, zapomniane, lub niezwracając wcale na się uwagi w świecie naukowym. Usprawiedliwić mi się więc wypada, że mimo to przedsięwziąłem sobie mówić o rzeczy i nie nowéj i ogólnie dość znanéj. Dwie główne przyczyny skłaniają mnie do tego, a mianowicie:

Uznaną dziś już i ogólnie ustaloną jest ważność leczenia śródmacicznego, zajmuje ono znaczną część każdego dzieła ginekologicznego, przestaje ono już być wyłączną własnością specyjalistów, a staje się konieczną potrzebą każdego lekarza praktycznego i słusznie, gdyż często odpowiada ono potrzebom nagłym, nie cierpiącym zwłoki, gdzie nie czas szukać dopiero specyjalisty, a nadto i w przypadkach przewlekłych już to samo rozpoznanie polega na rękoczynach śródmacicznych, już to choroba wymaga dłuższego leczenia, dla którego niepodobna choréj oddalić się z miejsca pobytu. Wykonanie zaś tego leczenia zależy od wprawy należytéj, ale częstokroć towarzyszą mu objawy, na pozór groźne, odstraszające lekarza od dalszego zastósowywania onego. Z jednego i drugiego powodu jest rzeczą jasną, że niepodobna lekarzowi nabyć dokładnéj wiedzy w téj sprawie z książek tylko, choćby najobszerniéj dział ten nauki traktujących, tém mniéj, o ile że książki te prawie wszystkie pisane są dla lekarzy specyjalnych, u których przypuszcza się z góry wprawę w wykonywaniu i choćby skromne doświadczenie na obserwacyi polegające. Nadto ginekolodzy różnych szkół i czasów podają w tym kierunku prawidła bardzo różniące się pomiędzy sobą, a lekarz chyba tylko sympatyją dla tego lub owego autora kierować się może w wyborze tych przepisów. Są także, jak w każdéj gałęzi naukowéj, i tu pewne zwyczaje, pewne fortele, skłonności pojedyńczych powag naukowych do tego lub owego narzędzia lub leku w tym lub owym przypadku, o których się jednak nie pisze, bo się samemu sobie z tego nie zdaje sprawy, a nie mniéj są to rzeczy ważne, gdyż są to przyzwyczajenia nie z humoru, ale z długoletniego nieraz doświadczenia wypływające.

Ztąd pochodzi, że lekarze kształcący się specyjalnie w jakiejś gałęzi szukają sławnych nauczycieli, choć mają ich dzieła, chcąc widzieć ich samych przy wykonaniu tego, czego uczą, i słusznie, gdyż nieraz przekonywają się, że całkiem co innego robią, a co innego piszą; ztąd daléj pochodzi, że kształcący się szukają szkoły, gdzie bogaty materyjał daje sposobność do czynności, nabycia wprawy i obserwacyi. W ginekologii, a w szczególności w leczeniu śródmaciczném, więcéj to jeszcze może prawdziwém, niż gdzieindziéj, a od lat kilkunastu, odkąd nauka chorób kobiecych weszła na drogę realną, odkąd jak Beigel powiada w swéj przedmowie do dzieła Simsa: „minęły czasy leczenia chorób kobiecych na oślep i minęły czasy, gdzie tylko Najady zdrojowisk szeptały sobie tajemnice leczenia tychże chorób“, znaczenie leczenia śródmacicznego jest nader wielkie i sądzę, że choćby najczęstsze podawanie porobionych w tym kierunku spostrzeżeń do wiadomości kolegów nie tylko nie będzie zbytecznem, ale odpowie rzeczywistéj potrzebie, u nas dotychczas mało zaspokajanéj.

Korzystając przez przeciąg lat trzech z bogatego materyjału wiedeńskiego i mając takowy do użytku samodzielnego jako lekarz szpitala kobiecego tamże, miałem sposobność czynienia spostrzeżeń i nabycia nieco doświadczenia, którém podzielić się z szan. kolegami miałem sobie za obowiązek, mając równocześnie na celu polecić kolegom właśnie na podstawie tych spostrzeżeń jak najgoręcéj stosowanie w choro-

bach kobiecych leczenia miejscowego, a względnie śródmacicznego.

Drugim powodem była mi okoliczność, że rozmaici autorowie o oddziaływaniu macicy na leki i narzędzia rozmaite wygłaszają zdania i rozmaite podają daty statystyczne, a ponieważ różnice te pochodzą z odmiennych stósunków klimatycznych i narodowościowych, więc częścią z własnego w téj mierze doświadczenia chciałem zdać sprawę, a częścią chciałbym zachęcić do publikowania obserwacyj w tym kierunku bardzo pożądanych. Przy poszczególnych działaniach leków i narzędzi śródmacicznych poszczególne więc pomieszczę daty, pochodzące z zapisków zrobionych na podstawie historyj chorób z kilku tysięcy przypadków chorób kobiecych rozmaitego rodzaju.

Historyja i literatura leczenia śródmacicznego jest jeszcze nową, mimo to jednak nie ubogą. Sama myśl stósowania tego leczenia zapewne z dawniejszych pochodzi czasów, być może że już dawno usiłowano w celu rozpoznawczym lub leczniczym dostać się do jamy macicy, ale też na tych próbach wszystko się kończyło; a dopiero, odkąd myśl ta stała się podstawą metody leczniczéj, zasługuje ona na miejsce w historyi nauki i dlatego leczenie śródmaciczne zaliczamy do zdobyczy naukowych najnowszych czasów. Literatura ta zaczyna się właściwie dopiero od Simpsona i Recamiera, tj. od r. 1846. W sławném bowiem dziele, które wyszło w r. 1831 w Paryżu: *Traité des maladies de l'uterus et de ses adnexes par Boivin et Dugés* najmniejszéj jeszcze niema wzmianki o téj sprawie, a Lisfranc *(Lisfrancs Vorlesungen über Krankheiten der Gebärmutter u. deren Anhänge 1831.)* rozwierał wprawdzie we wzierniku szczypczykami tępemi zaopatrzonemi w sprężynę wargi macicy, a wsunąwszy w jéj szyję cewnik elastyczny badał wydzielinę wydostającą się, ale nie poczynił żadnych wniosków i żadnego nie wprowadził leczenia. Dopiero Recamier w r. 1846 podał przyrząd składający się ze skrobaczki, prostego i krzywego zgłębnika macicznego i narzędzia do wprowadzenia leku przyżegającego do jamy macicy *(porte caustique)*, opisując leczenie śródmaciczne składające się z skrobania błony śluzowéj szyi macicznéj i następnego przyżegania takowéj środkiem żrącym i twierdzi, że cały obraz chorobowy śródmaciczny polega na granulacyjach *(Fungositäten)*, które skrobie i wypala. Wprawdzie Bequerel występuje przeciw temu zapatrywaniu, a Chaissagnac potępia skrobanie i poleca samo tylko przyżeganie, skrobaczka *(Curette)* jednak się utrzymuje; Nélaton ogłasza dwa przypadki z dobrym skutkiem leczone *(Gazette des hôpitaux 17. 1853.)*, Nonat, Roberts i Maisonneuve chwalą to leczenie, które odtąd ustala się we Francyi. W Anglii lekarze mało używali skrobaczki, lecz tak często używali środków silnie żrących, że Rigby *(Medic. Times and Gaz. Jan. 1856.)* występuje przeciw nim znalazłszy, jak twierdzi, często jako skutek tego leczenia stan zapalny macicy, który nazywa: *Metritis e Causticis*, a jako objawy tego zapalenia podaje bolesność, powiększenie i nadmierną czułość macicy na zgłębnik. Sondę równocześnie stósuje Simpson w Edynburgu i Kiwisch w Pradze, a już uczeń tego ostatniego Scanzoni ma doświadczenie z tém narzędziem, gdyż ostrzega przed zbyt częstém używaniem onego. Simpson rozcina nożem usta maciczne, reponuje macicę źle ułożoną, rozszerza ujście maciczne; lecz liczni naśladownicy, mniéj zręczni od niego, porzucają podane leczenie narzekając na wynikające z niego niebezpieczeństwa i brak skutku. W Niemczech zrazu mało operują, lecz mnóstwa używają leków. W r. 1849 podaje Kilian swoje *Metrophyseterion* do wdmuchiwania proszków do jamy macicy, a około r. 1862 pierwszy Madurowicz skonstruował tak ważną dziś strzykawkę śródmaciczną. Simpson jeszcze w r. 1847 używał gąbek prasowanych do rozszerzania szyi macicznéj, lecz gąbki te, licho przyrządzone, zostały porzucone, aż dopiero Sims, podawszy dobry sposób przyrządzania ich, ustala ich użycie, poczém doszły do znaczenia, jakie dziś posiadają. Spiegelbergowi należy się zasługa ocenienia ważności dilatacyi szyi macicznéj, a Wilsonowi *(Medic. Times and Gazette Nov. 28, p. 558. 1863.)* w Glasgowie użycie w ginekologii drążków blaszeńca pałczastego, wprowadzonych już przedtém w chirurgiję przez Ayna.

Oto ginekologowie, którzy położyli podwaliny główne dla leczenia śródmacicznego; odtąd inni małemi cegiełkami przyczyniali się do licznych modyfikacyj leczenia, podawali nowe narzędzia i leki i nowe zapatrywania na istotę chorób, aż nauka doszła do dzisiejszéj doskonałości, nie zmieniając jednak pierwotnych właśnie wspomnionych zasad leczniczych.

Mówiąc o patologii chorób o tyle tylko, o ile do ocenienia leczenia koniecznie będzie potrzeba, podzielić sobie możemy według narzędzi cały przedmiot na 2 działy: narzędzi i leków, rozróżniając z osobna w dziale Iym:

a) narzędzia wyłącznie lub przeważnie w celu rozpoznawczym używane,

b) narzędzia tępe lecznicze,

c) narzędzia ostre lecznicze;

a w dziale IIgim:

a) narzędzia do wprowadzania leków,

b) leki stałe,

c) leki płynne.

I. Narzędzia.

a) Narzędzia wyłącznie lub przeważnie w celu rozpoznawczym używane.

Zgłębnik maciczny.

Jakkolwiek już Levret, Vigarous, Osiander, Lisfranc i inni proponowali wprowadzanie w kanał macicy świeczek, cewnika, a nawet zgłębnika, to właściwa jednak zasługa wprowadzenia w ogólne używanie zgłębnika macicznego należy się, jak to już wspomniałem, w Anglii Simpsonowi, w Francyi Huguierowi a w Niemczech Kiwischowi. Późniéj narędzie to w rozmaity sposób modyfikowano i mamy zgłębniki Simsa, Valleixa, Madurowicza, Wrighta, Sapolinigo, Kugelmanna, Lazarewicza, G. Brauna i wielu innych; sądzę jednak, że wystarczy omówienie dwóch najwięcéj dziś używanych form tego narzędzia, tj. zgłębnika macicznego Simpsona i Simsa. Uważam za zbyteczne już teraz drobiazgowe opisywanie narzędzia tak rozpowszechnionego, jak zgłębnik maciczny i ograniczę się tylko do podania różnicy w obu wzmiankowanych formach. Zgłębnik Simpsona jest stały do 3 mm. gruby, z srebra, lub metalu mało giętkiego wyrobiony, na końcu w gałkę zaopatrzony, na 7 cm. od końca po swéj wypukłéj stronie mały wystający ząbek okazujący, do którego to ząbka zgłębnik od trzonka jest prostym, odtąd zaś aż do gałki końcowéj, a więc wzdłuż ostatnich 7miu cm. nieco łukowato zgięty, o wklęsłości łuku ku przodowi skierowanéj, odpowiadając tą krzywizną kierunkowi kanału macicy, która w stanie prawidłowym jest naprzód pochyloną, 7 cm. długą. Zgłębnik cały jest oznaczony kar-

bami małemi, podającemi jego miarę na centimetry. Obie powierzchnie płaskiego trzonka zazwyczaj są odmienne, aby wskazywać mogły, czy wklęsłą czy wypukłą stroną swego wygięcia zgłębnik zwrócony jest na przód, tj. do spojenia kości łonowych. Zgłębnik Simsa tém się różni od poprzedniego, że wyrobiony z metalu miękkiego, bo z miedzi i posrebrzany, nie przedstawia stałéj krzywizny, ale giętki każdą przybiera, jaką mu się w danym przypadku nadaje; nadto jest nieco cieńszy, niema ząbka oznaczającego oddalenie 7 cm. od końca i nie jest oznaczony skalą centimetrową. Gałka jego końcowa jest także nieco mniejszą. Namienić mi tu wypada, że przy badaniu drożności kanału macicznego za pomocą zgłębnika i oznaczaniu zwężenia ujścia zewnętrznego lub wewnętrznego macicy bezwzględnego lub względnego przyjęty dziś u ginekologów jako norma zgłębnik taki, którego gałka końcowa ma 3 mm. średnicy. Mówiąc zaś o sposobie i celu używania zgłębnika macicznego mam zarazem na myśli i świeczkę elastyczną.

Wprowadzenie zgłębnika w jamę macicy odbywa się w sposób dwojaki, a mianowicie przez wziernik albo po palcu. W sposób pierwszy łatwiéj dostać się gałką końcową w ustawione w wzierniku ujście zewnętrzne, podczas gdy przy dalszém wprowadzaniu zgłębnika aż do dna macicy wziernik staje się przeszkodą w obniżeniu trzonka zgłębnika trzymanego w palcach. Przy drugim sposobie wprawdzie nieco trudniéj trafić sondą po palcu w ujście zewnętrzne, osobliwie u kobiet, które nie rodziły, doszedłszy jednak tamże swobodnie zgłębnikiem ruchy wykonywać można. Wymacanie ujścia zewnętrznego macicy palcem przy małéj nawet wprawie nie przedstawia przecież żadnéj trudności i dlatego wprowadzanie zgłębnika na palcu bez wziernika zdaje mi się odpowiedniejszém już i z tego względu, że często spotykać można chore, które dozwalają się badać palcem, wzdrygają się jednak przed założeniem wziernika. U dziewic często stosunkowo napotkać można błonę dziewiczą dozwalającą oględnego badania palcem, a założenie wziernika jest niemożebném, podczas gdy sondowanie może być bardzo pożądaném.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. O szczepieniu ospy.

Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. lek. gal.

przez Dra **Ż. Krówczyńskiego.**

Na posiedzeniach odd. lwowskiego Tow. lek. gal. z d. 4 i 8 stycznia rb. odczytał kol. Madejski część swéj pracy niedawno ogłoszonéj drukiem: „O potrzebie zreformowania dotychczasowego ochronnego szczepienia od ospy, z projektem powszechnego szczepienia wprost z krów“. Nad tą pracą wywiązała się bardzo zajmująca i długa dyskusyja, którą zakończono wnioskiem wybrania komisyi w celu przejrzenia projektu. W skład komisyi weszli koll. Al. Lech, A. Pawlikowski, kol. Madejski, autor projektu, i ja, a rezultat pracy komisyi przedstawiam niniejszém.

Jako sprawozdawca komisyi, któréj poruczono przejrzenie projektu powszechnego szczepienia krowianki wprost z krów, chciałbym dokładnie powtórzyć to wszystko, co w komisyi na ośmiu posiedzeniach słyszałem, i cieszyłbym się, gdyby członkowie komisyi moje sprawozdanie uznali jako dokładne. Zadanie, które komisyja miała na celu, jakkolwiek nie łatwe do rozwiązania, nie daje się porównać z trudnościami, jakie autor projektu musiał pokonywać, a jeżeli już dobrowolnie podjęte trudności w opracowaniu projektu każą nam uczcić pracę, to tém więcéj na uczczenie zasługuje wznowienie kwestyi szczepienia, która usiłuje rozwiązać bardzo wzniosłe zadanie, jakiém jest ochrona od bardzo zjadliwéj choroby, rok rocznie wiele tysięcy ofiar porywającéj. Jeżeli przypomnimy sobie historyję szczepienia, która świadczy, że o téj sprawie nietylko wiele pisano, ale rozprawiano w najrozmaitszych stowarzyszeniach uczonych, rozstrzygano takową na międzynarodowych kongresach lekarskich, a nawet po trzykroć znaczne nagrody za wyświecenie sprawy wyznaczano, to okaże się, że praca komisyi była tylko pozornie łatwą, albowiem musiała z mnóstwa nagromadzonych materyjałów wyciągnąć dodatnie wnioski, których nie dostarczyły rozprawy na kongresach. Komisyja nie mogła opierać się na jakichś nowych a niezbitych dowodach, bo takowych nauka nie dostarczyła, ale opierała się ona na znanych i niejednokrotnie wyzyskiwanych faktach, które w jéj przekonaniu dowodzą nietylko potrzeby szczepienia, ale używania krowianki wprost z krów, w celu zapobieżenia tak odosobnionym przypadkom chorobowym, jakoteż epidemijom ospowym. Kto zna różnorodność przyczyn, z jakiemi w tłumaczeniu faktów w naukach lekarskich spotykamy się, ten pojmie, że jeden i ten sam skutek przypisujemy najrozmaitszym przyczynom, posługując się nawet temi samemi metodami badania. Ani spostrzeganie, ani metoda eksperymentalna, ani dedukcyja nie wystarczają, ale wszystkie mylić mogą, a najmniéj może jeszcze ta ostatnia zawodzi. Różnorodność przyczyn jest powodem, że jeden i ten sam fakt służy przeciwnikom i zwolennikom szczepienia do poparcia swych twierdzeń. Że tak jest rzeczywiście, tego najlepiéj dowodzi statystyka, na któréj przedewszystkiém opierają się oba obozy walczące; a przecież statystyka posługuje się cyframi, które nie zawodzą, gdy są należycie zestawione, a tylko błędne zestawienie z wiedzą lub bez wiedzy dokonane jest przyczyną, że obecna statystyka nie dostarcza niezbitych dowodów. Słaba podstawa statystyki i indukcyi usprawiedliwia uciekanie się do dedukcyi, któréj wartości szczególnie w ostatnich czasach nie uznawano.

Tych kilka słów o metodach przytoczyłem dlatego, aby usprawiedliwić moje sprawozdanie, w którém chciałbym wyzyskać wszystkie sposoby badania, o ile one do zamierzonego celu prowadzą. Przed szczegółowym rozbiorem projektu należy stwierdzić, czy spór od pół wieku toczący się między zwolennikami a przeciwnikami szczepienia jest racyjonalny i ma jakiś cel dodatni, a wykazawszy słuszność po stronie zwolenników szczepienia, tem samém udowodnimy, że szczepić należy.

Zwolennicy szczepienia zasłaniają się tém, że pragną ochronić społeczeństwo od bardzo groźnéj choroby, od ospy, któréj epidemije dość często nas nawiedzają i która ogromnie wiele ofiar porywa, a uratowanych od śmierci na całe życie oszpeca, lub najważniejszych narządów pozbawia. Obóz przeciwny ma również na celu ochronić ludzkość, a mianowicie uchronić od szkodliwych skutków szczepienia, które mają być różnorodne i bardzo straszne, i o których późniéj obszerniéj pomówimy. Oba zadania są wzniosłe, ale mojém zdaniem nie oba konieczne i rzeczywiste. Nawet przeciwnicy szczepienia godzą się na to, że ilość ofiar, które ospa porywa, jest bardzo znaczną i godziliby się na środek ochronny, gdyby w ich przekonaniu złe wynikające z szczepienia nie

przewyższało ujemnych skutków choroby grasującéj. Aby nie szukać dat dotyczących śmiertelności odległych od nas czasów, przypominam daty wojskowego lekarza angielskiego Pringlego z ostatnich lat, które stwierdzają, że na wyspie Puynipet na 5000 mieszkańców umarło 3000 ludzi, i które wykazują, że najmniejsza śmiertelność ospy u dzieci w Indyjach południowo-wschodnich wynosi najmniéj 40%, a często dochodzi do 80%.

Wprawdzie cyfra śmiertelności ospowych zależy od bardzo wielu czynników, a przedewszystkiém od tego, czy ospa epidemicznie występuje i czy epidemija jest złośliwą, a dzięki higijenicznym urządzeniom śmiertelność w Europie, nawet w czasach najgroźniejszych epidemij, nie jest obecnie tak wysoką, jak przytoczona przez Pringlego; w każdym razie jest ona bardzo znaczną. Jaką byłaby w naszych czasach, gdyby szczepienie nie istniało, wiedzieć nie możemy, przypuśćmy jednak, że podanie Müllera jest zupełnie prawdziwe, iż szczepionych umiera 15%, a nieszczepionych 41%, a chociażby i te cyfry były za nadto przesadzone, to w każdym razie usprawiedliwioném jest dążenie do zredukowania znacznéj śmiertelności, która w starożytności i wiekach średnich, jak świadczy historyja, była przerażającą, bo ospa porywała milijony ofiar. Choroba bowiem, przed którą szczepieniem zabezpieczyć pragniemy, nie jest jak wiadomo świeżym nabytkiem, ale niewątpliwie grasowała w najodleglejszéj starożytności; mniejsza zresztą, czy o jéj istnieniu wiedziano już za czasów Hippokratesa, jak to Moore podaje, lub też pierwsza wiadomość o niéj pochodzi od Prokopijusza (544 przed Chr.) i jakie starożytność miała o niéj pojęcie. Dzisiaj powszechnie wiadomo, że ospa należy do chorób infekcyjnych, które udzielają się sposobem przyrzutu. Czy ona jest czysto przyrzutową, czy też przyrzutowo-zaduchową, czyli co jedno i to samo znaczy, czy pierwiastek chorobowy rozmnaża się tylko w organizmie chorego, lub czy w sprzyjających warunkach może też i zewnątrz organizmu się wytwarzać, tego dotąd nauka nie rozstrzygnęła. Wiele przemawia za tém, że pierwiastek jest *amphigen*, jak go Stricker nazywa, czyli że wytwarzać i rozradzać się może tak wewnątrz, jak i zewnątrz organizmu, a szczególnie przemawia za tém ta okoliczność, że epidemije istnieją tylko czasowo a nie ciągle, co musiałoby być, gdyby ospa była chorobą czysto przyrzutową. Albowiem w chorobach przyrzutowych wahania, jakkolwiek możliwe, nigdy jednak nie są tak znaczne, jak wahania w ilości przypadków w czasach wolnych od epidemij i w okresie epidemicznego grasowania ospy. Oprócz bardzo znacznéj zaraźliwości ma ona tę wspólną cechę właściwą chorobom infekcyjnym, że zazwyczaj tylko raz człowieka nagabuje, a dwu i kilkakrotne jéj pojawienie się u ludzi należy do zjawisk wyjątkowych i że niewątpliwie przeszczepić się daje za pomocą krwi i wytworów patologicznych, a przedewszystkiém za pomocą treści krost ospowych. Drogą, którą najczęściéj do organizmu się dostaje, jest przewód oddechowy, jak to doświadczenia Zülzera wskazują, które stwierdzają, że ani przez skórę nie obnażoną, ani przez przewód pokarmowy przyrzut ospowy do organizmu dostać się nie może. Co stanowi właściwą istotę przyrzutu, i czy ją tworzą białe ciałka krwi, czy czerwone, czy, co jest najprawdopodobniejsze, drobne ciałka w limfie zawieszone, o tém również nic nie wiemy. Nauka nie rozstrzyga także, czy przyrzut jest istotą ożywioną *(contagium vivum)*, za czém szczególnie doświadczenia Chauvego przemawiają, które późniéj przytoczymy, czy tworzą go grzybki, czy wreszcie jest on produktem pewnych organizmów, jakto Panum swemi doświadczeniami pragnie stwierdzić, a które w ostatnich czasach Sanderson własnemi spostrzeżeniami potwierdza. Zresztą fakt stwierdzony przez Melsensa, że ciepłota — 80° C. nie niszczy działania limfy, przemawia również na korzyść twierdzenia Panuma, albowiem w tak znaczném zimnie organizmy zamierają. Doświadczenie, jakiego patologija dostarcza, przemawia więcéj na korzyść Panuma, chociaż nie wyklucza przypuszczenia Chauvego. Faktem, jaki mam na myśli, jest niejednokrotnie zrobione spostrzeżenie, że płód w łonie matki wraz z nią może przebyć ospę, któréj przyrzut, będąc wytworem organizmów, łatwo przez naczynia łożyskowe do ustroju płodu dostać się może. Ale gdyby istotę przyrzutu tworzyły owe drobne ciałka zawieszone w limfie, które w krwi ospowéj matki się znajdują, to i one jak Stricker przypuszcza, łatwo powinny się dostać do krążenia płodu, którego naczynia tak samo, jak ściany przyrządu krwionośnego matki pod wpływem choroby gorączkowéj mogą być tak zwolnione, że drobne ciałka limfatyczne stanowiące istotę przyrzutu przechodzą przez ściany.

Powyżéj przypomniałem, że cechą wspólną wszystkim chorobom infekcyjnym jest to, że zazwyczaj tylko raz je przebywamy, a patologowie tłumaczą to zjawisko w trojaki sposób. Przypuszczają oni, że choroba przebyta zostawia jakieś pierwiastki, które przeszkadzają wytworzeniu się a właściwie rozrodzeniu się przyrzutu; albo że przez chorobę utraciliśmy pierwiastki potrzebne do rozwoju choroby, albo wreszcie że choroba przebyta czyni organizm odpornym na pewne bodźce. Jeżeli mimo to dwa razy tę samą chorobę zaraźliwą przebywamy, to wskazywałoby to, że albo przez sprawy fizyjologiczne wydalonym został pierwiastek szkodliwy rozwojowi przyrzutu, albo organizm utracił odporność zdolną działać przeciw przyrzutowi, która była chwilową, albo, co najmniéj prawdopodobném, nabył napowrót pierwiastki niezbędne do rozwoju choroby. Przytoczone tłumaczenia patologów dają się zastosować w każdym razie, bez względu na to, czy przyrzut uważać będziemy za istotę ożywioną, lub też za produkt organizmów.

Wychodząc ze stanowiska, że ospa jest chorobą przyrzutowo-zaduchową, pojmiemy, że ochrona (nie uwzględniając, ma się rozumieć, szczepienia) przed ciałkiem mikroskopowém, który jak pyłek buja w powietrzu, jest prawie niemożebną. Gdyby twierdzenia Nenckiego się sprawdziły, a przyrząd przez niego podany okazał się praktycznym w ochronie od chorób przyrzutowo-zaduchowych, to moglibyśmy i na drodze przez niego wskazanéj szukać ochrony, tém bardziéj, że jedyną drogą, którą przyrzut do organizmu się dostaje, w zwyklych warunkach jest przewód oddechowy. Ponieważ z jednéj strony o ochronie w powyższy sposób uskutecznionéj nic powiedzieć nie możemy, a przedewszystkiém porównać jéj niepodobna z ochroną stwierdzoną, jakiéj dostarcza szczepienie, przeto nie uwzględniając sposobu Nenckiego przechodzimy do rozbioru własności limfy krowiéj, używanéj do szczepienia.

O szczepieniu krowianki mówi Madejski: „Rzecz ta tedy już długo przed Jennerem była znaną, i to nietylko między ludźmi wiejskimi, ale także między lekarzami. Już w r. 1756 przedstawiali najsłynniejsi swego czasu lekarze inokulujący w Tornburg Sulton i Fewster towarzystwu lekarskiemu w Londynie, że się po wielu próbach przekonali, iż ludziom, którzy kiedyś krostą krowią byli zarażeni, zawsze bez skutku zaszczepiali ospę, jednakże żaden z lekarzy wielkiego miasta, który nigdy nic o tém nie słyszał, nie zwracał

na to uwagi“.. Pierwszym, który spostrzegał krosty ospowe u krów i rozprawę o tém spostrzeżeniu pozostawił, na 80 przeszło lat przed Jennerem był Salger, a historyja przytacza kilka nazwisk lekarzy żyjących w tym czasie, którzy wiedzieli, że szczepienie krowianką chroni od ospy. To jednak nieumniejsza zasługi Jennera, który szczepienie utrwalił, chociaż przypadkiem o własności ochronnéj krowianki się dowiedział. Co do początku krosty krowiéj, to opierając się na skrzętnych badaniach wielu lekarzy dawniejszych a szczególnie najnowszych Senfta mamy prawo twierdzić, że ona jest ludzką krostą ospową złagodzoną przez przeniesienie na zwierzęta, a szczególnie na krowy, u których zaszczepienie limfy wywołuje zawsze tylko tyle krost, ile miejsc zaszczepiono. Późniéj będziemy się starali udowodnić, że mimo téj zmiany krosta krowia zabezpiecza od choroby tak samo, jak ospa przebyta, chociaż jest produktem miejscowéj u krów choroby. Że krowianka zaszczepiona nie jest miejscową u ludzi chorobą, tego dowodzą z jednéj strony jakkolwiek nieliczne, ale zawsze dość często zdarzające się przypadki ogólnéj wysypki po zaszczepieniu krowianki, a z drugiéj doświadczenia Reitera, które stwierdziły, że za pomocą krwi krowianką szczepionych wywołać można krosty, czyli że w krwi szczepionych krąży właściwy krościc krowiéj przyrzut. Oba spostrzeżenia, z których pierwsze podaje nam patologija, a drugie doświadczenie, stwierdzają, że wakcyna jest chorobą infekcyjną, która jednak nigdy się nieudziela bez przyczynienia się ludzkiego.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Tatarczuch: **Zdroje siarczane w Lubieniu 1879.**

Autor podaje na wstępie, że celem jego sprawozdania jest: „zapoznanie kolegów ze zmianami urządzenia zakładu, jakie ostatniemi czasy zaszły i uwidocznić te wskazania chorobowe, w których wody siarczane Lubienia nie zawiodą położonego w nich zaufania.“ Cel ten usprawiedliwia treściwy opis położenia i środków komunikacyjnych zakładu, budynków, kąpieli itd., który to opis przekonywa rzeczywiście lekarza o zmianach korzystnych, których dokonano w celu podniesienia zakładu, a szukającego wiadomości dokładnie informuje o zakładzie. Lekarską część sprawozdania przedstawia rozdział o źródle Ludwika i jego własnościach fizyczno-chemicznych, kazuistyka i wskazania lecznicze. Z pierwszego oddziału dowiadujemy się, że woda bywa tylko zewnętrznie, a więc w postaci kąpieli, ze skutkiem użyta, podczas gdy wewnętrzne jéj użycie nie przynosi korzyści, a działanie kąpieli tłumaczy autor drażnieniem skóry, jakie ciepłota pary i chemiczne składniki wywołują.

W kazuistyce pomieścił sprawozdawca opis przypadku gośćca mięśniowego — stawowego — dny, i przytém rozbiera znane działanie wód siarczanych w tych chorobach; a wreszcie dodaje, jak kąpiele siarczane działają w zołzach i krzywicy, w porażeniach i nerwobólach, w przewlocznych chorobach skórnych, a wreszcie w kile.

Całe sprawozdanie, które jest przystępnie napisane, robi miłe wrażenie, do czego wiele się przyczynia wyborny druk i piękny papier, a kilka tablic litografowanych dobrze świadczą o nakładcy, i podnoszą zewnętrzną postać rozprawki. *Dr. Ż. K.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne XII. z dnia 18go czerwca 1879 roku

Przewodniczący kol. Zarewicz. Obecnych członków czynnych 25.

1) Kol. Pieniążek przedstawia chorą z cierpieniem krtani i objaśnia takowe jak następuje: Zwężenia krtani, o ile podlegają na zmianach anatomicznych dających się usunąć, jak np. na przebytém zapaleniu ochrzęstnéj, rzadziéj na bliznowatém ściągnięciu i zwężeniu głośni, na przeroście błony śluzowéj więzadeł lub bocznych ścian krtani, na wytworzonych między więzadłami błonach itp., przedstawiają dość wdzięczne pole dla czynnego terapeutycznego działania; takowe polega na metodycznem rozszerzaniu miejsc zwężonych. Metody rozszerzania zawdzięczamy Schrötterowi, który dotąd za ich pomocą zdołał osiągnąć nieraz zupełnie zadowalające rezultaty. Używa on dwóch metod w miarę tego, czy zwężenie już doszło do tego stopnia, że tracheotomija dla uratowania życia chorego stała się konieczną, lub nie. W pierwszym razie zadaniem terapii jest rozszerzyć zwężenie po nad rurką tracheotomijną się znajdujące, ażeby chory mógł oddychać drogą naturalną i pozbyć się kaniuli tracheotomijnéj. W drugim przypadku jest zadaniem nie dopuścić do potrzeby tracheotomii czyli usunąć zwężenie przed nadejściem téj potrzeby. Pierwszemu zadaniu odpowiada Schrötter w ten sposób, że zaprowadza chorym do krtani czopki cynowe *(Zinnbolzen)* o trójkątnym przekroju (odpowiadające więc kształtowi głośni) i pozostawia takowe na kilka, kilkanaście godzin w krtani. Przez czopek przechodzi w podłużnym kierunku sztyft mosiężny zakończony ku górze uszkiem, w którém umocowany jest sznurek, dający się przeciągnąć przez środek rurkowatego przyrządu, zakrzywionego na wzór innych krtaniowych narzędzi, przez co z nim niejako jednę całość tworzy i daje się w ten sposób jak inne narzędzia krtaniowe pod kontrolą lusterka w głośnię wprowadzić. Ku dołowi zakończony jest sztyft gałką, po nad którą może być uchwycony pod spodem czopka przez odpowiednią pincetę w kaniuli i w ten sposób w stałéj pozycyi utrzymany. Czopków tych używa Schrötter 20—24 numerów, tj. coraz grubsze, wreszcie ostatni numer odpowiada głośni prawidłowéj wielkości. Dilatatorium to jest czopek cynowy; pozostając w miejscu zwężenia przeszło $^3/_4$ doby codziennie może rzeczywiście rozpychać i powoli rozszerzać zwężenie. W miarę jak pewien numer czopka wchodzi lekko, przechodzi się do numeru wyższego. Jeżeli zwężenie zostawia otwór za mały dla numeru 1go, to już poprzednio należy je do odpowiednich rozmiarów przywieść przez rozpychanie sondami elastycznemi Schröttera. W przypadku, gdzie tracheotomija nie została jeszcze wykonaną, nie możemy tak długo trzymać dilatatorium w krtani, przytém takowe musi pozostawiać wolną drogę dla powietrza oddechowego. Zadaniu temu odpowiadają Schrötterowskie rurki z twardego kauczuku, które są wydrążone i zakończone 4 otworami przy końcu krtaniowym dla umożliwienia oddechu, wygięcie ich odpowiada innym narzędziom krtaniowym, przekrój zaś formie głośni, jest więc trójkątnym. Rurek tych używa Schrötter 10—12 numerów coraz większego kalibru, które zakłada w krtań pod kontrolą lusterka, postępując w numerach podobnie jak przy czopkach cynowych. Postęp jednak jest tu względnie wolniejszy, bo gdy czopki na kilkanaście godzin zakładać można, to rurki kauczukowe najwyżéj do pół godziny chorzy trzymają. Metody te dają jak powiedziałem dodatnie rezultaty, dadzą się jednak zastósować jedynie przy dobréj woli chorego a ztąd trudno ich użyć u małych dzieci. Powtóre zwężenie, które zwykle największém jest poniżéj głośni, da się tylko doprowadzić do rozmiarów samejże głośni, gdyż przez te ostatnią nie można przeprowadzić dilatatorium od niéj saméj szerszego a rozmiary światła krtani poniżéj głośni przedstawiają w naturze większą szerokość, niż sama głośnia. Aby tym niedogodnościom zaradzić, myślę spróbować dilatatorium, któreby od dołu tj. od rany tracheotomijnéj wprowadzać można. Jako takie urządziłem pęcherzyk gumowy umocowany na końcu cienkiéj rurki metalowéj, na któréj drugim końcu utwierdzona jest rurka z kauczuku mniéj podatnego. Pęcherzyk można wprowadzić przez okienko kaniuli w zwężenie, a następnie rozdąć strzykawką przez

rurkę kauczukową. Wtenczas rozpychać on będzie jednostajnie i ciągle miejsce zwężane, jeżeli po têm rozdęciu rurkę kauczukową podwiążemy. Cienka rurka metalowa w kaniuli nie zajmie wiele miejsca, przez co nie sprawi żadnéj duszności; przez jéj odpowiednie zagięcie możemy utrzymać w stałêm położeniu rozdęty pęcherzyk, który ma dążność uciekać ku górze; przez odpowiednie wtłaczanie powietrza strzykawką możemy osiągnąć żądany stopień rozdęcia balonika a ztąd i odpowiedni tj. mocny stopień ucisku na zwężenie. Ucisk taki elastyczny powinienby wystarczyć do rozszerzenia zwężenia, gdy podobnyż ucisk nagromadzonych w nosie polipów potrafi sprowadzić znaczne rozszerzenie przewodów nosowych kosztem zaniku muszel nawet w ich kostnéj części, gdy elastyczny ucisk tętniaka potrafi w mostku dziurę wygnieść itp., nie powinienby zaś sprawiać martwiny, jak się to zdarza w powierzchownych warstwach błony śluzowéj po użyciu zbyt wielkich czopków cynowych. Dotąd nie przeprowadziłem tego leczenia metodycznie, jeżeli więc tutaj je opisuję, to dlatego, że może od kogo z kolegów usłyszę uwagę, która może być dla mnie cenną wskazówką przy zastósowaniu metody téj w praktyce i posłużyć może do jéj ulepszenia. U jednego chorego przeprowadziłem dilatatorium okazane przez czas jakiś przy zwężeniu przewodów nosowych z dobrym skutkiem, ale tylko czas krótki, chory późniéj sam wyuczył się sobie zakładać te dilatatoryja, których skuteczność chwalił; z powodu jednak wyjazdu z Wiednia nie wiem nic o dalszych jego losach. Prócz tego próbowałem zakładać te baloniki przy zwężeniu krtani w dwóch przypadkach, gdzie przekonałem się, że nie sprawiały bólu, że przykre uczucie jest mniejsze niż przy czopkach, i że balonik zostaje utwierdzony silnie w zwężeniu, tak że z trudem w dół daje się ściągnąć, gdy przeciwnie ma dążność uciekania ku górze, czemu zapobiedz można przez zagięcie odpowiednie rurki metalowéj przed kaniulą. Obaj ci chorzy nie byli stósownemi do przeprowadzenia dilatacyi metodycznéj przypadkami, dilatatoryjum więc moje zakładałem tylko w celu wypróbowania, jak ono znoszone bywa, nie stosując go jako metody leczenia. Chora, którą obecnie kolegom przedstawiam, cierpi na zwężenie krtani, skutkiem przerostu błony śluzowéj bocznych ścian krtani poniżéj głośni, tj. na tak zwaną *chorditis vocalis inferior hypertrophica*. Po prawéj stronie widać przy oddechu wał błony śluzowéj sterczący w światło krtani, oddzielony wyraźnym rowkiem od więzadła; po lewéj stronie oddzielenia tego niema, tak że więzadło bezpośrednio w wał, który tu jest większym, przechodzi i odbija tylko odmienną barwą; ku przodowi stykają się oba wałki, zmniejszając przez to o połowę światło krtani; ku tyłowi rozchodzą się, zostawiając szparę trójkątną między sobą. Tylna ściana nie jest zajętą. Przy fonacyi zamknięcie jest prawidłowe, lecz więzadło lewe zlane z wałkiem przed nim będącym, nie jest zdolne do drgań odpowiednich; drga więc tylko prawe, a ztąd głos słaby. Chora kompensuje słabość głosu wysokością tonu i napina mocniéj więzadła, ztąd głos wysoki, fistułowy, podobny do głosu przy jednostronnêm porażeniu więzadła. Bladość owych wałków, brak obrzmień, powolny rozwój cierpienia wyklucza zapalną ich naturę a przemawia za przerostową. Szpara między wałkami zostająca przy oddechu wystarcza ledwie do oddychania, a ztąd téż wdechowi towarzyszy szmer z dala słyszalny a chora cierpi na duszność. Cierpienie to opisywane było pierwszy raz przez Czermaka, odtąd opisywali je Gerhardt, Burow, Catti, Schrötter itd. W publikacyi Cattiego znajdujemy zebrane publikacyje dawniejsze. W rozprawie mojéj „*über chronische Blenorrhoë der oberen Luftwege*" (*Wien. Med. Blätter 1879*), wyraziłem zdanie, że przypadki opisywane dotąd jako *chorditis vocalis hypertrophica inferior* zdają się nie polegać na Störkowskiéj „*Blenorrhöa*," gdyż nigdzie nie spotykamy zasychania wydzieliny w strupy w nosie i krtani, jak to w ropotoku tych narządów bywa. Przeciw temu występuje Ganghofner w rozprawie „*Zur Lehre von den Kehlkopfstenosen*" (*Prag. med. Wochenschrift 1878*), który to cierpienie z blenorrhei Störka wywodzi, opierając się na swoim przypadku. Przypadki, które dotąd widziałem, przedstawiały rzeczywiście czasem nagromadzenie zaschłéj wydzieliny w nosie i krtani, cuch oddechu i zanik muszel nosowych, jednêm słowem obraz przewlekłego śluzoropotoku; nie przeczę więc, że w wielu razach śluzoropotok rzeczywiście tę formę przerostu błony śluzowéj wywołać może. W innych przypadkach nie było jednak ani śladu tego cierpienia, a co więcéj „*rhinoscleroma internum*" a więc stan podobny w nosie, który jest wprost przeciwnym temu, jaki w śluzoropotoku występuje. W naszym przypadku nie znajdujemy ani „*rhinoscleroma*" ani zaniku muszel ani zbyt nagromadzonéj wydzieliny. Czasami jednak występuje zasychanie takowéj nad zwężeniem, również jak dość wybitna „*pharyngitis sicca*" naprowadza na myśl, że sprawa natury śluzoropotokowéj, choć niezbyt wyraźna, stanu tego stała się przyczyną. Terapiją wskazaną byłoby metodyczne rozszerzanie za pomocą rurek kauczukowych Schröttera, po któréj już na klinice Schröttera widziałem w tych przypadkach korzystne wyniki, jak to wreszcie opisuje Catti w rozprawie pt. „*Zur Casuistik der Chorditis vocalis hypertrophica inferior*" (*Wien. Allg. med. Zeitung 1878*).

W dyskusyi kol. Obaliński chce zwrócić uwagę kol. Pieniążka na przypadek znajdujący się obecnie w szpitalu św. Ludwika, który możeby się nadawał do zastósowania przyrządu rozszerzającego kol. Pieniążka. W przypadku tym kaniuli nie można usunąć po tracheotomii, w skutek zwężenia krtani powyżéj chrząstki obrączkowéj. Powodem zwężenia było zapalenie ochrzęstnéj. W przypadku tym wątpić należy, czy daloby się użyć czopków cynowych, bo dotyczy on 7-letniéj dziewczynki, wprawdzie wcale rozsądnéj. Kol. Warschauer sądzi, że w razach, gdzie zrobiono trachotomiję daloby się może stósować czopki w celu rozszerzenia cieśni przez ranę otwartą. Kol. Pieniążek nie przypuszcza, aby propozycyja kol. Warschauera dała się urzeczywistnić, bo w takim razie rana tracheotomijna musiałaby być bardzo wielką, pęcherzyk przez prelegenta okazany zaś można przeprowadzić i przez bardzo małą stosunkowo ranę. Co do choréj, o któréj wspomniał kol. Obaliński, to tę miał na myśli w celu zastósowania swojego dilatatoryjum, gdyż rzeczywiście trudno wymagać od dziecka 7-letniego, aby zniosło takie cierpienia, jakie stósowanie czopków od góry przynosi. Przy używaniu czopków, gdy chory traci dobrą wolę, wszystko przepadło, zaletą zaś dilatatoryjum dającego się użyć od dołu będzie, że będzie je można wprowadzić wbrew woli chorego a przytêm że wiele mniéj drażni. Kol. Wilkosz zapytuje, czy używano kiedy laminarii w celu rozszerzenia zwężeń w krtani. Kol. Pieniążek odpowiada przecząco. Kol. Kwaśnicki opisuje bardziéj szczegółowo stan choréj, znajdującéj się w szpitalu św. Ludwika. Cieśń w krtani dochodzi w tym przypadku do bardzo wysokiego stopnia: patrząc z góry zaledwie spostrzedz można szparę przy oddychaniu, gdy chora pije mleko dostaje się ono jednak w części do krtani wywołując zakrztuszenie. Czopków Schröttera w tym razie użyć niepodobna, bo już najlżejsze dotknięcie wywołuje stan spazmatyczny, co się zaś tyczy balonika wprowadzonego z dołu, pomysłu kol. Pieniążka, nie wie, czy balonik taki potrafi sobie zrobić odpowiednią drożność, jakotéż czy on da się zastósować do wszystkich zwężeń, czy też tylko do dolnych. Kol. Pieniążek odpowiada, że gdyby zwężenie było na jednéj tylko płaszczyźnie, to balonik wciskając się doznałby także w jéj wysokości większego ucisku i przybrałby kształt klepsydry, ale gdy zwężenie zajmuje pewną szerokość, to balonik wywierać będzie na wszystkie strony ucisk jednostajny. W przypadkach, gdzie więzadła głosowe wcale się nie rozchodzą, gdzie nad otworem tracheotomijnym widać tylko wązką szczelinę w błonie śluzowéj, jak się to zdarza w skutek zapadu chrząstki albo utraty jakiéj jéj części, gdzie już od początku cierpienia upłynęło kilka lat a blizna jest modzelowatą, dylatacyja na niewieleby się przydała, ale u dziewczynki w szpitalu św. Ludwika metody téj można spróbować, bo od początku choroby zaledwie minęło pół roku, a têm bardziej, że przez takie leczenie nic się nie traci i wreszcie, gdyby ono pomyślnego nie wywołało skutku, pozostają jeszcze inne metody. Kol. Obaliński zarzuca przyrządowi kol. Pieniążka, że część jego kauczukowa jest zanadto miękka, aby się dała przeprowadzić przez miejsce węższe; a żeby balonik sprawił należyty skutek, musi się dostać przynajmniéj do połowy wysokości zwężenia, w przeciwnym bowiem razie będzie tylko wypuklać miejsce zwężone ku górze a nawet zachodziłaby obawa, że może się wtłoczyć w okienko kaniuli i zatykając takową wywołać zaduszenie. Kol. Obaliński sądzi, że raczéj praktyczniéj byłoby wprowadzać rodzaj naparstków srebrnych za pomocą cieniutkiéj sprężyny metalowéj. Kol. Warschauer podnosi, że kol. Pieniążek wspomniał, że jednym ze znaków śluzoropotoku krtani jest suchość tylnéj ściany połyku, ten stan często się wydarza u osób cierpiących na pharyngitis, osobliwie z rana skarżą

się zwykle na suchość w gardle, zapytuje się więc, czy są inne jeszcze podmiotowe oznaki śluzoropotoku. Kol. Wilkosz ma te same wątpliwości co do praktyczności dilatatorium kol. Pieniążka, jakie poduiósł kol. Obaliński, sądzi, że rurka kauczukowa jest dość gruba, aby przez nią przeprowadzić drugą metalową, któraby jéj nadawała więcéj sztywności i ułatwiała przez to przejście przez miejsce zwężone, a po przeprowadzeniu rozszerzadła możnaby ją usunąć. Kol. Paszkowski upatruje dwie wady w przyrządzie kol. Pieniążka a mianowicie: 1) że przyrząd wywierający ucisk jest okrągły, a więc rozdyma się we wszystkich wymiarach jednakowo, podczas gdy Schrötter nadał swoim dilatatorom wymiary i kształt przecięcia krtani, sądzi więc, że pęcherzyk często będzie w jednèm miejscu ściśnięty a natomiast wydęty poniżéj, 2) obawia się, aby kanula nie zatykała się dolną wydętą częścią pęcherzyka. Natomiast mniema, że przyrząd kol. Pieniążka dałby się użyć w innych celach, np. dla zastósowania zimna wypełniając go strzykawką wodą lodową, albo dla uśmierzenia krwotoku, chociaż w ostatnim razie droga z góry jest bliższą. Dziwi się, że laminarii dotąd nie próbowano zastósować do rozszerzania zwężeń krtani, tém bardziéj, że łatwo nadaćby jéj można kształt odpowiedni przekrojowi krtani. Kol. Obaliński zwraca uwagę, że u dziecka w szpitalu św. Ludwika, gdyby sposoby rozszerzania nie doprowadziły do dobrego rezultatu, możnaby wykonać laryngofissię i w ten sposób krtań do prawidłowego stanu doprowadzić, tak jak to zrobił Szeparowicz, który z pomyślnym skutkiem wyciął w jednym przypadku grube wałki w błonie śluzowéj krtani sprawiające zwężenie. Kol. Pieniążek zgadza się na zarzut, że w niektórych razach balonik nie da się przeprowadzić przez miejsce ścieśnione, w tych przypadkach leczenie za pomocą jego dilatatoryjum nie da się stósować, należy się wówczas uciec do przeprowadzania sond elastycznych. Co się tyczy formy kulistéj części rozszerzającéj przyrządu, to tę uważa za zaletę a to dlatego, że najznaczniejsze ropienia znajdują się zazwyczaj poniżéj głośni a nie w głośni. Wszystkie inne zwężenia rozszerzają się stosunkowo łatwo, najtrudniejsze do rozszerzania są zwężenia powstałe po *perichondritis cricoidea* lub *cricoarythenoidea*, przyczém nieraz więzadła głosowe w skutek zesztywnienia stawów ich są nieruchome. W tych przypadkach czopek Schröttera zwykle wchodzi łatwo do głośni, ale przeprowadzić szczyt gałki zobaczywszy go w kaniuli bywa bardzo trudno, bo zwężenie leżało najczęściéj poniżéj głośni, w tym razie najwłaściwszém jest właśnie dilatatoryjum kuliste, dające się wprowadzić od dołu. Schröttera czopki nie mogą zaś mieć innego kształtu jak sama głośnia, bo przez nią muszą przejść. Że pęcherzyk przeprowadzony przez zwężenie ucisk dość znaczny wywiera i mocno w miejscu stoi, można się przekonać usiłując go wydobyć bez wypuszczenia powietrza. Propozycyja kol. Wilkosza byłaby w wykonaniu niedogodną, bo trzebaby gdzieś w przyrządzie wprowadzić komunikacyję a przesunięcie przez rurkę cienkiego drutu jako mandrynu groziłoby łatwém przebiciem pęcherzyka. Kol. Pieniążek próbował także pęcherzyk swój przeprowadzić od góry za pomocą przyrządu podobnego do rurki Beloca. Na zapytanie kol. Warschauera odpowiada, że nie uważa *pharyngitis sicca* za jedyną cechę *blenorrhoeae*. *Blenorrhoea* opisana przez Störka uważa jako zwykły nieżyt, który przeszedł pewną granicę, niesłusznie też choroba ta uważana jest za właściwość galicyjską, bo widział ją prelegent i u rodowitych wiedeńczyków. W przypadkach blenorrhei śluz nagromadza się zasychając w dużych strupach wydających woń smrodliwą, strupów takich na ścianie gardziela być nie może, bo chory połykając spłukuje je, mogą natomiast znajdować się w *cavum pharyngonasale*. *Pharyngitis* więc może być tylko częściowym objawem śluzoropotoku. U choréj przedstawionéj niema ani *blenorrhoea* ani *rhinoscleroma* ale *pharyngitis sicca* występuje niekiedy, również i w samym zwężeniu spostrzedz można czasem strupy nagromadzonego śluzu, stan więc taki możnaby uważać za przejściowy do *blenorrhei* Störka. Kol. Paszkowski zastrzega się, że nie rozbierał pytania jakie dilatatoryja są lepsze, trójkątne czy kuliste, podniósł tylko, że w przyrządzie kol. Pieniążka możliwém jest zatkanie krtani poniżéj zwężenia przez balonik. Kol. Pieniążek odpowiada, że obawa kol. Paszkowskiego jest nieuzasadniona. Wprawdzie w przyrządzie okazanym rurka jest trochę za krótką, gdy będzie jednak dłuższy balonik, nie może się dostać pęcherzyk do okienka kaniuli, a ucisk na samą kaniulę wywarty żadnego nie może mieć znaczenia. Zresztą nie należy się obawiać, że pęcherzyk zostanie pod zwężeniem, gdyż sam mógł się przekonać o jego zupełném przejściu przez cieśń, widząc szczyt pęcherzyka po nad głośnią, badając laryngoskopem.

2) Kol. Obaliński przedstawił 16-letniego chłopca, u którego uskutecznił w sierpniu zeszłego roku rozległą nekrotomiję w dolnéj połowie kości udowéj prawéj. Przebieg choroby był pokrótce następujący: cierpienie rozpoczęło się bez wiadoméj przyczyny z końcem marca roku zeszłego dreszczem i gorączką; po 3ch tygodniach utworzył się obrzęk po stronie wewnętrznéj uda prawego i wydalało się bardzo dużo ropy. Do szpitala zgłosił się w maju, kiedy to badanie zgłębnikiem wykazało kość obnażoną nie tylko od wewnątrz ale i od tyłu. Długi czas mniemano, że to jest tylko powierzchowna martwina kości udowéj, aż dopiero przypadek wyjaśnił stosunki; gdy bowiem razu pewnego chory pomimo zakazu wstał z łóżka, załamała się pod nim odnoga i to w miejscu ropienia. Gdy próby sprowadzenia stałości w tém miejscu okazały się płonnemi, postanowiono śród chloroformu stosunki dokładnie zbadać a ostatecznie do rękoczynu przystąpić. W tym celu zrobiono cięcie wzdłuż kości udowéj po stronie zewnętrznéj a gdy się pokazało, że kość jest w znacznéj rozległości zmartwiałą a w miejscu przyrostka oddzieloną (*entzündliche Abtrennung der Epiphyse*), rozszerzono je do długości 12 cm., oddzielono okostnę a po przepiłowaniu martwiaka na 2 części wydobyto obydwie, razem mające 11 cm. długości. Pod opatrunkiem Listra i przy wyciąganiu ciężarkami zagoiła się rana prędko, bo w 6 tygodni. Poniżéj zagipsowano całą odnogę po kilkakroć, tak iż w 5 miesięcy po operacyi było udo zupełnie stałe. Niespokojny chory sprowadził sobie przez przedwczesne ruchy powtórne złamanie, które znów wymagało kilkomiesięcznego leczenia na przyrządzie ciężarkowym. Obecnie jest odnoga zupełnie zrośnięta i tylko o 4 cm. krótsza.

3) Towarzystwo lekarskie na uprzedni wniosek koll. Kremera i Kwaśnickiego oświadczyło jednemu z kolegów z powodu dokonanego na jego osobie haniebnego zamachu swoje współczucie i poważanie.

4) Przewodniczący odczytał pismo c. k. Namiestnictwa, zawiadomiające, że w sezonie letnim zostanie w Żegiestowie przystanek kolejowy otwarty.

5) Złożono do biblioteki nadesłane przez autora Dra hr. Krasińskiego „Gawędy o warszawskiéj wodzie do picia.“

6) Przedstawiono na członków czynnych Drów Leopolda Glücka i Wincentego Kułakowskiego.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Skórkowski.*

Posiedzenie XIIIte z d. 2go lipca 1879 r.

Przewodniczący Dr. Zarewicz. Obecnych członków czynnych 11tu i jako gość prof. Dr. Nawrocki z Warszawy.

1) Kol. Kohn mówił o leczeniu śródmacicznèm i o oddziaływanie macicy. (Umieszczone w niniejszym numerze Przeglądu Lekarskiego.)

2) Wybrano członkami czynnymi Towarzystwa Drów Leopolda Glücka i Wincentego Kułakowskiego.

Na tèm posiedzenie zamknięto. *Dr. Skórkowski.*

V. Zbiór pism hippokratowy w świetle nowożytnéj krytyki.

Wyłożył na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. dnia 4 czerwca 1879

Prof. Dr. **Józef Oettinger.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Już wtedy uznano potrzebę rozróżniania i brakowania napływającego obficie plonu według jego większéj lub mniejszéj wartości, przeznaczono do tego płatnych znawców i urzędników zajmujących się jużto porządkowaniem i układaniem (διασκευασταί), już to rozdzielaniem (χωρίζοντες) okazów przedniejszych od poślednich. Co z pośród pierwszych było

najcenniejsze, najbardziéj wyborowe, odznaczono tém, iż je przechowywano w małéj półeczce, stąd też pisma najdoskonalsze zwano także dzielmi „z małéj półeczki" (τὰ ἐκ τοῦ μικροῦ πινακιδίου).

Liczne mamy świadectwa, między innymi przekazał je nam Erotianus, który żył za Nerona a zatém w pierwszym wieku po Chr., głównie zaś Galen w końcu 2go stulecia ery Chr., że najdawniejsi objaśniacze i komentatorowie pism hippokratowych, jużto gramatycy, jużto lekarze z czasów rozkwitu szkoły aleksandryjskiéj, jak np. Xenocritus, Herophilus, Bacchius i inni mieli przed sobą te utwory w tém samém dosłownem brzmieniu, okazują to przytaczane przez nich ustępy, i w tym samym mechanicznie n. dwereżonym układzie i porządku, w jakim je dziś jeszcze napotykamy.

Kilka przykładów niechaj wyjaśni rodzaj tego zewnętrznego pobałamucenia właściwego całemu zbiorowi od chwili, gdy z ukrycia wydostał się na jaw i na wieki ustalił wcielony do wielkich biblijotek aleksandryjskich i pergameńskich.

Jedna z ksiąg najwyborniejszych, jednomyślnie, od najdawniejszych czasów, uznana za rodzimą, mająca napis: O dyjecie w chorobach ostrych (περὶ διαίτης ὀξέων) zawiera na końcu i to w nieprzerwanym ciągu część nie mającą żadnego związku z osnową poprzednią, a nawet różną od niéj nie tylko treścią, ale formą i wykończeniem. Są to jak by rzucone na prędce zapiski, niekiedy bez zaokrąglonego zdania, o różnych przedmiotach, przeznaczone oczywiście nie do ogłoszenia, lecz dla własnéj pamięci autora. Przyczepek ten jednakże, według wyraźnego świadectwa Galena, już od czasów Erasystrata, jednego z pierwszych mistrzów szkoły aleksandryjskiéj (300—280 przed Chr.), złączony był mechanicznie z wzmiankowanym utworem hippokratowym.

Ksiąg z napisem „O pospólnych chorobach" (ἐπιδημιῶν) jest siedmioro oznaczonych tyluż liczbami porządkowemi; lecz zawiódłby się bardzo, ktoby mniemał, że koléj liczb odpowiada następstwu treści. Bynajmniéj! Ręka, co pierwsza je znaczyła, nie troszczyła się widocznie o związek wewnętrzny, lecz pomięszane pisma, według rzutu oka na treść ogólną, liczyła tym porządkiem, jakim się one według przypadku jéj nasuwały. Poszło stąd, że księga trzecia będąca ciągiem dalszym pierwszéj, przegrodzona jest drugą, nie mającą żadnego związku ani z jedną, ani z drugą, a pochodzącą nawet od innego zupełnie autora, bo gdy tamte należą do pism najwyborniejszych a rodzimych, to ta ma wartość pośledniejszą tak pod względem pochodzenia, jak i wykończenia.

Nie dość na tym jeszcze nieporządku, pojedyńcze ustępy obu ksiąg są porozrzucane. Pierwsza bowiem zawiera naprzód opisy trzech pór (rocznych) pod względem panujących w każdéj zjawisk powietrznych i chorób; mają one napis: pora 1sza, 2ga i 3cia (Κατάστασις α', β', γ'); następuje potém szereg przypadków chorobowych, których dalszy ciąg rozpoczyna księgę trzecią. Po opisie 12tu przypadków w téjże skreślona jest pora 4ta, będąca oczywiście tylko wątkiem dalszym poprzednich trzech umieszczonych na początku księgi pierwszéj, a po niéj dopiero zamyka rzecz inny szereg 16tu chorych. Oprócz tego pomiędzy porą drugą a trzecią wsunięty jest rozdział, którego treść żadnego nie ma związku ani z poprzednim, ani z następnym, zawiera bowiem ogólne uwagi nad trawieniem, przesileniami i złogami chorobowemi.

Ta sama księga trzecia ma jedno jeszcze ciekawe, uboczne a przypadkowe znamię swéj starożytności, są niém poumieszczane na końcu każdego opisanego przypadku chorobowego zagadkowe znaki, złożone z kilku zestawionych obok siebie głosek, nie tworzących razem wyrazu zrozumiałego, jak np. πΠΟΥΜΥ.

Już od chwili pierwszego ukazania się zbioru pism hippokratowych w biblijotece aleksandryjskiéj lekarze łamali sobie głowę nad odgadywaniem znaczenia tych głosek, zwanych charakterami (χαρακτῆρες). Pisano o nich całe dzieła, toczono spory i repliki. „Zenon", mówi Galen, „napisał o charakterach księgę sporą, która wywołała obszerniejszą jeszcze Apollonijusza empiryka. Odpowiedział mu Zenon. Następnie Apollonijusz z przydomkiem Biblas ułożył dzieło o téj saméj rzeczy po śmierci Zenona". Zajmowali się tym samym przedmiotem Heraklides erytrejski i Heraklides z Tarentu. Galen podaje, że najdawniejsze rękopisy miały te znaki począwszy od przypadku chorobowego siódmego, sześć zaś pierwszych nie okazywało ich wcale; wszakże za czasów jego były też egzemplarze, w których wszystkie bez wyjątku przypadki począwszy od pierwszego w te znaki były opatrzone. Tenże autor według swego domysłu ułożył klucz do ich odczytywania, który jednakże nie wszędzie daje się ze skutkiem zastósowywać, zwłaszcza, że przez liczne odpisy wkradło się do nich wielkie pobałamucenie, którego nie podobna już dziś rozwikłać.

Na to tylko wszyscy oddawna się zgadzają, że one służyły do przypomnienia jednym rzutem oka całéj treści a zatém przebiegu każdego opisanego przypadku chorobowego. Wszystkie okazują na początku małą głoskę π, mającą według Zenona, wzmiankowanego wyżéj lekarza aleksandryjskiego, przez skrócenie oznaczać: πιθανὸν (podobne jest do prawdy, czyli podobno), na końcu bywa albo Υ=ὑγεία (zdrowie) albo też Θ=θάνατος (śmierć) według tego, czy chory wyzdrowiał lub umarł. Reszta głosek wskazuje po kolei: naprzód główne przypady lub zjawiska, jak w powyższym przykładzie ΠΟΥ=πλῆθος οὔρων (wiele moczu); potém liczbę dni, jak we wzorze przytoczonym Μ=40, tak, że całe brzmiałoby: „podobno skutkiem oddania obfitego moczu chory dnia 40go wyzdrowiał".

Pomiędzy płodami zaliczonemi do rodzimych znajdują się dwa osnowy chirurgicznéj z napisem: περὶ ἀγμῶν (o złamaniach) i π. ἄρθρων (o stawach, a właściwie o zwichnieniach). Wbrew tytułom zawiera jedno i drugie pismo rozdziały porozrzucane o obu rodzajach zboczeń. Galen zastanawiając się nad tém pomięszaniem treści powiada, że wielu twierdziło, że nie sam Hippokrat dokonał tego podziału, że owszem obie części składały u niego jednę księgę pod napisem: κατ' ἰητρεῖον (lekarnia czyli rzecz o mechanicznych przyrządach lekarskich), że późniéj dopiero kto inny, ale jeszcze przed powstaniem szkoły i biblijoteki aleksandryjskiéj, podzielił ją na dwie z powodu jéj obszerności.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła dn. 14 b. m. pod przewodnictwem Dra Korczyńskiego posiedzenie, na którém: Dr. Buszek podał wiadomość o śmiertelności w miesiącu maju i czerwcu r. b. W maju umarło 143, w czerwcu 136 osób, czyli na tysiąc i rok obliczone 30,4 i 28,9; zatém najniższa śmiertelność w r. b. przypada na czerwiec. Z chorób zakaźnych umarło najmniéj w maju (4,9%), nie równie więcéj w czerwcu (13,9% wszystkich zmarłych). W maju nie panowała żadna choroba zakaźna nagminnie, w czerwcu pojawiła się epi-

demija duru osutkowego w kryminale. Od 14 — 20 czerwca zapadło 12 na tyfus, od 20/6 — 5/7 nikt nie zapadł, dopiero od 5 — 14 lipca zachorowało 4. Przebieg był łagodny, umarło 2 bardzo wynędzniałych a pozostaje dotąd w leczeniu 6, reszta wyzdrowiała. Zarządzono oprócz innych środków celem pokonania epidemii skrobanie i bielenie wszystkich ubikacyj więziennych. Przewodniczący uprasza Dra Kralczyńskiego o podawanie wiadomości o chorobach zakaźnych pojawiających się w powiecie, co tenże przyrzeka uczynić a przytém dodaje, że w powiecie obecnie nie panuje żadna epidemija. 2) Dr. Buszek donosi, że w ostatnich dniach wydarzyło się 9 przypadków otrucia lodami wanilowemi, z których sam miał sposobność obserwowania 8, a przebiegały wśród przypadów otrucia arsenowego. Lody te nie wykazały według badania prof. Stopczańskiego istoty trującéj dającéj się wykryć chemicznie lub pod drobnowidem. Urzędowo zapobieżono dalszéj sprzedaży tychże lodów. Namienia także o przypadkach podobnych, cytowanych w sprawozdaniach fizykatu wiedeńskiego, gdzie badanie lodów co do istoty trującéj dało również wynik ujemny. Dr. Korczyński przypomina przypadek opisany przed kilku laty w jednêm z czasopism lek. niem., w którym grzybki wylęgłe na strączkach wanilowych posądzano o przyczynę zatrucia. Po dłuższéj rozprawie nad tym przedmiotem uchwalono podać wzmiankę o tych przypadkach w Czasie, jako ostrzeżenie dla publiczności przed użyciem lodów wanilowych. 3) Odczytano sprawozdanie Dra Kaz. Grabowskiego w imieniu komisyi delegowanéj do badania wód w Regulicach, skądby można urządzić wodociągi dla m. Krakowa. Regulice tworzą cały obszar źródłowy i są w stanie dostarczyć Krakowowi dostatecznéj ilości wody, zwłaszcza, że pomimo słabego zalesienia gór, z pod których wytryskają źródła, woda jest bardzo obfita. Zebrano daty potrzebne do obliczenia jéj ilości, zniwelowano całą dolinę, którą woda od źródeł odpływa aż do mostu w Porembie i znaleziono źródła o 27 metrów wyżéj położone od rzeczonego mostu. Ciepłotę tych źródeł znaleziono od 8,3° — 9,3° C. przy ciepłocie powietrza 20,9° C. w cieniu. Smak wody jest bardzo orzeźwiający i nadzwyczaj przyjemny a wejrzenie jéj krzyształowo-przeźroczyste. Zaczerpnięto ją do badania chemicznego. Zbadano również przyległe parowy, zkądby woda takich samych przymiotów mogła służyć na zapas. Po krótkiéj naradzie uchwalono przyspieszyć zniwelowanie potoczyska aż do ujścia Wiślanego, obliczyć dokładnie ilość wody i wzniesienie źródeł Regulickich nad poziom m. Krakowa, a z zebranych dat przedłożyć sprawozdanie dokładne. 4) Dr. Buszek zapytuje, co wypadnie zrobić ze studnią w ulicy Grodzkiéj pod L. 113, gdzie wodę wypompowano a świeżo napłyniętą zbadano chemicznie i przekonano się, że woda świeża była więcéj nawet zanieczyszczoną, niż pierwotna. Dr. Stopczański radzi dać świeżą cembrzynę i czuwać nad tym domem, czy się nie pojawią choroby po użyciu zanieczyszczonéj wody powstające. Po żywéj dyskusyi uchwalono na wniosek Dra Korczyńskiego, aby studnię zasypano, w przeciwnym rogu podwórca wykopano nową, wymurowano ją na cemencie i otoczono iłem, a to z powodu, że dostarcza wody bardzo zanieczyszczonéj i dała powód do endemii tyfusu brzusznego. 5) Dr. Stopczański przedłożył: *a)* Rozbiór wody z domu pod L. 67 Dz. VIII. Woda ta bezbarwna, oddziaływa obojętnie, a pozostałość po odparowaniu jest silnie alkaliczna; smak ma mdły i wykazuje pod drobnowidem ziarnka piasku, bakteryje i amoeby, zawiera części stałych na 100,000 wody ogółem 193, części organiczne spostrzebowują 0,45 tlenu, chloru mieści się w niéj 24,14, kwasu azotowego 35, kwasu azotawego 8, amonijaku 1,5, twardość stała wynosi 25,76° niemiec. Woda przeto badana jest bardzo zanieczyszczona i studnia jest w niekorzystnêm położeniu. Uchwalono w obec téj okoliczności, że w domu tym wydarzyło się kilka przypadków tyfusu, polecić zamknięcie studni, wybicie nowéj i przestrzeganie porządku i czystości na podwórcu; *b)* Rozbiór wody z domu pod L. 62 Dz. VII. Woda jest w grubszéj warstwie w żółto wpadającą, oddziaływa obojętnie a pozostałość po odparowaniu oddziaływa silnie alkalicznie, smak zwykły, pod drobnowidem widać ziarnka piasku, amoeby, algi. Zawiera na 100,000 części stałych ogółem 1935, organiczne części spotrzebowują 0,68 tlenu, chloru mieści się 26,98, kwasu azotowego 30, kwasu azotawego dobrze spostrzegalny ślad, amonijaku i kwasu siarkowodowego wcale nie ma, twardość stała wynosi 22,4° niem. Woda ta nie odpowiada wprawdzie warunkom higijenicznym całkowicie, lecz studnia leży w odpowiedniém miejscu i jest dobrze zbudowana, przeto uchwalono nie zamykać jéj na teraz. *c)* Rozbiór wody z domu pod. L. 87, Dz. V. Woda bezbarwna, smak ma dość dobry, oddziaływa obojętnie, pozostałości po odparowaniu wybitnie alkalicznie, wykazuje pod drobnowidem piasek, włókna roślinne, lecz żadnych nie ma żyjątek. Na 100,000 zawiera 76,5 części stałych, 0,45 tlenu spotrzebowują części organiczne, chloru jest 5,68, kwasu azotowego 16,6; brak kwasu azotawego, amonijaku i kwasu siarkowodowego, twardość stała wynosi 6,33° niem. Jest to przeto jedna z najlepszych wód studziennych w Krakowie. *d)* Rozbiór wody z pod Nru 4, Dz. VII. Woda ta w grubszéj warstwie nieco żółtawa, oddziaływa obojętnie, pod drobnowidem okazuje ziarnka piasku, bakteryje, micrococcus, amoeby, algi, zawiera części stałych na 100,000 razem 219, części organiczne spotrzebowują 0,59 tlenu, chloru zawiera 24,14, kwasu azotowego 52, kwasu azotawego 10, amonijaku ślad zaledwie spostrzegalny, kwasu siarkowodowego nie ma, twardość stała wynosi 23,52° niem. Studnia jest należycie utrzymana i podworzec jest czysty. Wydelegowano Dra Buszka i weter. Pacułę, aby ci zbadali miejscowe stosunki i kanał sąsiedni i zdali z tego sprawę na najbliższém posiedzeniu. *e)* Rozbiór tapet. Tak miejsca zielono zabarwione jak i matowo zawierają wielką ilość arsenu, 3 □ cm. matowego miejsca tapetu dają wyraźne lustro arsenowe. Uchwalono, aby cały zapas takich tapetów natychmiast skonfiskowano. *f)* Rozbiór masła skonfiskowanego na targu. Masło z wierzchu w cienkiéj warstwie zupełnie białe, a ze spodu ciemno-żółte. Badania w przyrządzie widmowym nie okazało fałszywego barwika, ani żadnéj przymieszki szkodliwéj. 6) Weter. Pacuła wnosi, aby zabroniono chować trzodę chlewną w ul. Starowiślnéj. Wniosek przyjęto i uchwalono udzielić go Magistratowi w formie przypomnienia urzędowego. 7) Dr. Korczyński wykazał szkodliwość szerzenia się dymu z kominów piekarskich w ul. Siennéj i z Małego Rynku i wnosi, aby przedstawić Magistratowi potrzebę polecenia właścicielom tych piekarni urządzenia pochłaniaczów dymu nad kominami, co też jednomyślnie przyjęto. 8) Dr. Kralczyński wytyka, że szczepienie w mieście nie odbywa się powszechnie, że Magistrat nie egzekwuje świadectw szczepienia od wszystkich, którzy dali dzieci szczepić lekarzom prywatnym i wnosi, aby pod tym względem komisyja sanitarna wywierała nacisk na Magistrat i na publiczność. Na wniosek Dra Korczyńskiego uchwalono, aby Komisyja złożona z Drów Janikowskiego, Kralczyńskiego i Rybczyńskiego przedłożyła odpowiednie wnioski. 9) Dr. Buszek wytknął niewłaściwe i dla zdrowia szkodliwe urządzenie wychodków w ul. Wolskiéj pod L. 67, gdzie kadź wychodkowa opatrzona jest w sito, przez które odbyciny płynne przechodzą i płyną rynsztokiem przez całą ulicę Wolską aż do Rudawy. Uchwalono rzecz tę dokładniej zbadać wraz z technikiem, który ten dom urządzał. 10) Wreszcie Dr. Korczyński zwrócił uwagę na epidemiję duru osutkowego, która według doniesienia *W. med. Woch.* miała wybuchnąć w Oświęcimiu, skutkiem czego dyrekcyja kolei północnéj Ces. Ferdynanda miała zarządzić odpowiednie środki przezorności. *J. B.*

* W sprawie duru osutkowego, który miał wybuchnąć w Oświęcimie (p. wyżéj) burmistrz p. Radwański oświadcza w jednym z dzienników wiedeńskich, że nie tylko on sam żyje i cieszy się najlepszém zdrowiem, ale w ogóle wiadomość o epidemii w mieście panować mającéj jest mylną i wyszła od osoby niepowołanéj a miastu nie życzliwéj.

* Według *Wiestn. Smol.* w Smoleńsku, jako też w okręgach wiazemskim i dorogobużańskim zdarzyło się po kilka przypadków cholery azyjatyckiéj.

Statystyka epidemij. Ospa nie zmieniła się w Londynie; umarło 12, leczy się w szpitalach 221; świeżo zapadło 41. W Wiedniu umarło 6, w Budapeszcie 9, w Barcelonie 5, w Lisbonie 3, w Paryżu 10, w Petersburgu 23. Sporadycznie pojawia się tyfus skórny w Wenecyi, w Londynie, w Petersburgu.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 27 (od 29 czerwca do 5 lipca) umarło w Krakowie osób 32; w obwodach 18, w szpitalach 14; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 29,5; we Lwowie 37.7; w Warszawie 27,9; w Poznaniu 25,0; w Wiedniu 25,9; w Budapeszcie 35,7; w Pradze 36.4; w Tryjeście 28,4; w Bazylei 11,4; w Brukseli 23,1; w Paryżu

23,4; w Londynie 17,4; w Berlinie 50,1; w Wrocławiu 28,5; w Monachijum 36,9; w Dreźnie 26,8; w Lipsku 17,5; w Petersburgu 38,9; w Chrystyjanii 17,5; w Odessie 50,6; w Bukareszcie 32,8. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 3: 1 z dławca, 1 z róży. W tygodniu 27 doniesiono o 3 przypadkach duru osutkowego (z Kryminału), 1 duru brzusznego (ze Skałki), 2 płonicy (ze szpitala św. Ludwika), 1 róży (z Podwala 86), 1 dławca (z Podgórza). *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 17 lipca. W miesiącu maju rb. złożyli tu egzamin lekarski przepisany celem uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia pp. DDrowie: Alfred Biegelmajer z Sambora, Zygmunt Dzikowski z Kałusza, Stanisław Jabłoński z Rzeszowa, i Antoni Papieski ze Stryja.

* Według nadesłanych nam wykazów bawiło w Krynicy dotąd osób 1263, w Cieplicach czeskich 6573.

* W *W. allg. med. Ztg.* spotykamy się z wiadomością, że rząd zamierza znów przywrócić szkołę wojskowo-lekarską józefińską, która dziwne przechodziła koleje, zanim przed kilku laty niby stanowczo zwiniętą została.

* Ministerstwo oświaty nie uwzględniło prośby jednego z docentów prywatnych wiedeńskich o nadanie mu tytułu profesora, i odesłała go do wydziału lek., jako grona kompetentnego do ocenienia zasług członków swoich.

* **Mianowania i odznaczenia**. Dr. Ernest Schwimmer, docent prywatny dermatologii i syfilidologii w Budapeszcie otrzymał tytuł i charakter profesora nadzw. — Dr. Leon Liebermann, docent prywatny w tymże uniwersytecie, mianowany został nadzw. profesorem chemii fizyjol. i patolog. w tamecznym zakładzie weterynarskim.

* **Nekrologija**. W Londynie umarł Dr. Karol Fred. Maunder znany chirurg w 47 roku życia swego. — W Paryżu umarł Dr. med. Ernest Faivre, prof. botaniki i dyrektor ogrodu botanicznego, w Tuluzie prof. Battut.

D. 11 bm. umarł w Maryjenbadzie Dr. Siedlecki, przybyły na kuracyję z Samary; nieboszczyk był czynny podczas dżumy i nadwątlił był wtedy swe zdrowie.

W Peszcie umarł prof. kliniki lekarskiéj w Klausenburgu Dr. Béla Machik licząc lat 40 zaledwie.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich**:

W *Medycynie* Nr. 28: Gajkiewicza: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.); Dymnickiego: Przypadki przymiotu leczone w Busku w r. 1878 (c. d.); w *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 14: Grabowskiego; Przegląd sposobów usuwania nieczystości z miast; Janikowskiego: Śmierć noworodka czy w skutek utopienia go?

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. D. w K.: Administracyja poświadcza odbiór puszki z narzędziami.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

OD ADMINISTRACYI.

Prenumeratorowie zmieniający miejsce pobytu zechcą o tém zawczasu zawiadomić Administracyją jeżeli nie chcą narazić się na nieregularny odbiór.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. — W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$4^1/_2$ „	6 „

Kraków, 26 lipca 1879. № 30. Rok XVIII.

I. O leczeniu śródmaciczném i o oddziaływaniu macicy przy témże.

Wykład miany w Tow. lek. krak.
przez Dra **M. Kohna.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29.)

Uznając więc z przyczyn wyżéj podanych wprowadzanie zgłębnika macicznego bez wziernika za sposób odpowiedniejszy, o takowym tylko mówić będziemy. Czynność tę wykonywa się najkorzystniéj w sposób następujący: ułożywszy chorą na wznak z podniesioną nieco miednicą wprowadza się w pochwę palec wskazujący którejkolwiek, a najlepiéj lewéj ręki, tak, aby grzbietem ku tylnéj ścianie pochwy był zwrócony a końcem swym dotykał tylnéj wargi części pochwowéj macicy tuż przy ujściu zewnętrzném. Trzymając ręką prawą zgłębnik w ten sposób, aby trzonek lekko tylko palcem wielkim i wskazującym był ujęty, a wklęsłość nachylenia zgłębnika zwróconą była naprzód, układa się gałkę końcową na palcu leżącym w pochwie i na nim posuwa się ją aż do ujścia szyi macicznéj, do którego się ją wprowadza. Przekonawszy się palcem ręki lewej, że zgłębnik rzeczywiście końcem swym wszedł w kanał maciczny, wyjmuje się palec z pochwy, trzymając i posuwając równocześnie ręką prawą zgłębnik trochę naprzód, aby się tymczasem nie wysunął. Teraz lekko tylko trzeba trzymać trzonek zgłębnika dwoma palcami i to najważniejszą jest zasadą przy sondowaniu, a zachowując tę ostrożność śmiało można wykonywać trzonkiem ruchy na dół i znów do góry, obniżając go coraz więcéj, a zgłębnik sam prawie wpada do jamy macicy, co się ręce trzymającéj trzonek wyraźnie uczuć daje. Jeżeli, co się stosunkowo nie rzadko zdarza, natrafiamy na opór w okolicy ujścia wewnętrznego macicy, co pochodzi ze skurczu skutkiem zadrażnienia, nie wolno i nie należy oporu tego przezwyciężać siłą, a chwileczkę tylko poczekawszy łatwo zgłębnik przesunąć można, gdyż skurcz ustaje. Przy tyłopochyleniu macicy zgłębnik lekko trzymany przy wykonywaniu miernych ruchów trzonkiem, sam się zwraca w należyte położenie a przeciwna powierzchnia trzonka już sama poucza o napotkaném zboczeniu. Przy zgięciach macicy niezbyt znacznych kąt zgięcia nie trudno obejść zgłębnikiem przez znaczniejsze obniżenie trzonka, jeżeli mamy zgięcie ku przodowi, lub przez większe podniesienie trzonka do góry, gdy mamy zgięcie ku tyłowi. Jeżeli mamy zgięcie macicy pod kątem bardzo ostrym, lepiéj użyć zgłębnika Simsa nadając mu znaczniejszą krzywiznę, i to bliżéj końca, gdy kąt zgięcia znajduje się bliżéj ujścia zewnętrznego macicy, daléj zaś od końca trzeba zgłębnik zakrzywić mocniéj, gdy kąt zgięcia więcéj od ujścia zewnętrznego jest oddalonym. Reszta czynności odbywa się w ten sam sposób. Natrafiwszy wreszcie gałką na opór ze strony dna macicy wyjmuje się zgłębnik w ten sposób, iż trzymając wprowadzony w jamę maciczną zgłębnik jedną ręką tak, aby się nie wysuwał z szyi macicy, wprowadza się wskazujący palec drugiéj ręki do pochwy aż do ujścia zewnętrznego, a przykładając koniec palca także na sondę, obejmuje się ją resztą palców téjże samej ręki ustalając tém samém na niéj palec wskazujący i wyciąga się ją teraz odczytując miarę, wskazaną na sondzie palcem, który dotykał ujścia zewnętrznego. Kierując się temi wskazówkami, a głównie zachowując ostrożność tę, aby trzonek zgłębnika tylko bardzo lekko między dwoma trzymać palcami, można bez obawy sondować i swobodnie ruchy zgłębnikiem wykonywać, a przestrogi niektórych ginekologów, aby tylko wprawni bardzo specyjaliści sondy używali, już i z tego powodu śmiesznemi mi się wydają, że każdy, jak i oni sami, chcąc nabyć wprawy, musiał i musi sondować także wtedy, gdy wprawy wcale jeszcze nie posiadał.

W nierzadkich przypadkach, w których nie podobna wprowadzić zgłębnika, jak np. w przypadkach, w których macica bardzo znacznie jest powiększoną w skutek włókniaków w miąższu usadowionych, *(fibromata submucosa seu intramuralia)*, a kanał jéj ma kierunek dużego łuku o znacznéj średnicy, ponieważ włókniak w jednéj ścianie macicy znajdujący się nadaje jéj kształt więcéj kulisty, a kanał macicy

i druga jéj ściana do tego kulistego obrzęku przykładając się mają zakrzywienie łukowate, dobrze jest miasto zgłębnika użyć świeczki cieńkiéj elastycznéj, gdyż ta nadając się do każdego skrzywienia łatwo wchodzi. Ta jednak tylko długość kanału macicznego podać nam może. Wprowadza się ją na palcu tak, jak zgłębnik.

Tyle o tém, jak się wprowadza, a teraz wypada powiedzieć nieco o tém, po co się wprowadza zgłębnik. W dwojakim celu używa się zgłębnika w ginekologii, a mianowicie w celu rozpoznawczym i leczniczym.

Zgłębnik maciczny jako narzędzie rozpoznawcze służy do wybadania:

1) drożności, wązkości, długości i kierunku kanału macicznego;

2) ruchomości macicy i jéj związku z obrzękami obok niéj położonemi lub braku takowego;

3) czułości i odporności miąższu macicy.

Zgłębnika macicznego, jako narzędzia leczniczego używają zaś niektórzy ginekolodzy do:

a) rozszerzenia szyi macicznéj;

b) do zmniejszenia czułości macicy, osobliwie przed wprowadzeniem krążków, a raczéj laseczek śródmacicznych *(pessaria intrauterina)*;

c) do odprowadzania macicy z położenia zboczonego w położenie prawidłowe;

d) do wzbudzenia przedwczesnego porodu.

Co do użytku zgłębnika w celu rozpoznawczym, zbytecznem byłoby tu wyliczać szczególne wskazania, zwłaszcza gdy mówić będziemy o najważniejszych z nich przy dziale o lekach żrących i wprowadzaniu ich do jamy macicy; wystarczy tu namienić, że wskazaniem do użycia zgłębnika najbardziéj określoném jest jego potrzeba. Lekarz w badaniu skombinowaném więcéj wprawy mający zgłębnika rzadziéj, mniéj wprawny częściéj potrzebować będzie, a każdy śmiało w braku przeciwskazania użyć go może i powinien, gdy bez niego z okoliczności wyżéj pod liczbami 1, 2, 3, wymienionych sprawy zdać sobie nie może.

Inaczéj jednak ma się rzecz z użyciem zgłębnika jako narzędzia leczniczego: w tym razie ginekolodzy rozmaitą przypisują mu wartość. Mojém zdaniem zgłębnik nie odpowiada nigdy zadaniu takiego narzędzia, a często zastósowanie jego w tych razach może być szkodliwém. I tak:

a) Do rozszerzenia szyi macicznéj jest on narzędziem nieodpowiedniém, gdyż w tych razach zwężenia, gdzie zgłębnik jeszcze wchodzi, kanału szerszego od swéj grubości naturalnie rozszerzyć nie może; gdzie zaś zwężenie jest tak znaczne, że zgłębnika o gałce 3 mm. średnicy wprowadzić nie można, tam się go używać nie powinno, gdyż tylko siłą możnaby go wbić w zwężenie, przyczém w miąższ macicy wejść może, a nie koniecznie w kanał. Nadto, zwężenia takiego nigdy sondowaniem stale usunąć nie można, a jest ono wskazaniem do rozszerzenia krwawego szyi macicznéj według Simsa (*Hysterostomatomia*).

b) Używanie zgłębnika macicznego do zmniejszenia nadmiernéj czułości macicy jest nieodpowiedniém, gdyż ta albo pochodzi ze sprawy zapalnéj, a wtedy w ogóle zgłębnika używać nie można, jak to mówiąc o przeciwwskazaniach wyjaśnimy, albo jest wynikiem stanu, który najprzód został opisany przez Drów Goocha i Fergusona jako *uterus irritable*, a co do którego wykazał Graily Hewitt, że nie jest chorobą osobną, ale tylko wynikiem tyłozgięcia macicy. Sam zaś Hewitt, powaga w nauce o pochyleniach i zgięciach macicy, tylko w świeżych przypadkach zgięcia macicy użycie sondy zaleca, wielkiéj nadto ostrożności wymagając, a jakżeż rzadko mamy do czynienia z takiemi przypadkami świeżemi! Prócz tego niewiem zaiste, dlaczegoby sonda mniéj miała drażnić macicę, niż gładki przecież i nie metalowy ale kauczukowy drążek śródmaciczny Amanna?

c) Przy użyciu zgłębnika macicznego do odprowadzania macicy z położenia zboczonego w położenie prawidłowe, do czego zresztą Sims nawet podał osobną sondę z szarnierem kulistym, „*Redresseur*“ zwaną, nawet lekarze polecający to narzędzie wielką ostrożność zalecają, a ja nigdybym go nie używał, gdyż macicę w przypadkach dobréj jéj ruchomości nie trudno odprowadzić palcami lub ręką, czy to *per vaginam*, czy to *per rectum*, a jeśli brak jest téj ruchomości, to odprowadzanie macicy sondą jest wprost niebezpiecznėm i szkodliwém. Jedném słowem użycie sondy w celu leczniczym ogranicza się prawie tylko do przypadków zboczeń w położeniu macicy, a właśnie to są przypadki, w których nawet w celu rozpoznawczym sondy z całą ostrożnością używać należy.

d) Do wzbudzenia przedwczesnego porodu używać zgłębnika macicznego jest zbyt niepewném, a mając dość innych pewnych do tego celu prowadzących środków, niepewny należy porzucić. Prawdą jest, że sondowanie często przerywa ciążę, widziałem jednak dość przypadków, gdzie sondowanie ciężarnych żadnych nie miało skutków, a widziałem nawet przypadek, w którym przy *Hyperemesis* po bezskuteczném sondowaniu wprowadzono w macicę w celu wywołania poronienia *porte-caustique* Chiarego i rozpuszczono w jamie macicy cały kawałek azotanu srebrowego, a poród mimo tego nie nastąpił. Z tego powodu nie tylko nie wypada mi polecać, ale owszem wprost odradzać muszę użycia zgłębnika macicznego w jakimkolwiekbądź celu leczniczym.

Polecając przeciwnie użycie sondy w celu rozpoznawczym zawsze, gdy lekarz tego potrzebuje, wymienić mi wypada przeciwskazania i niebezpieczeństwa sondowania.

Przeciwskazania łatwo wymienić, bo są nieliczne i dadzą się ująć w trzy szeregi. I tak nie powinno się sondować:

1) Przy wszelkich zapaleniach jużto macicy saméj, już to jéj przydatków, gdyż jakkolwiek niewytłumaczona dotąd istnieje przecież łączność chorobowa między jamą macicy a otoczeniem jéj z przerwą ciągłości chorobowéj w samym miąższu macicy. Podobne sprawy przedstawiają się nam także w chorobach krtani, gdzie wikłają się choroby wewnętrzne z chorobami w tkance łącznéj na zewnątrz krtani z przerwą w sprawie chorobowéj w istocie krtani saméj. Sondowanie w chorobach zapalnych ostrych macicy i chorobach zapalnych i przewlocznych otrzewny okołomacicznéj i tkanki komórkowéj podśluzowéj miednicy *(Perimetritis et Pelveocellulitis)* sprowadza znaczne pogorszenie sprawy chorobowéj. Niemniéj nie wolno sondować w zapaleniu jajników ostrém (*Oophoritis acuta*). Natomiast nieszkodliwém jest użycie sondy w zapaleniu przewlocznėm miąższu macicy (*Metritis chronica*), a nawet często potrzebne do rozpoznania, gdyż przy znacznėm nieraz powiększeniu macicy wykazuje normalną lub tylko nieznacznie większą długość kanału macicy, co stanowi dowód, że macica nie jest wyciągniętą, a wielkość jéj tylko następstwem grubości jednostajnéj ścian, czyli choroby miąższu. Niektórzy, jak np. Fürst, twierdzą nawet, że w *metritis chronica* częste sondowanie przyspiesza inwolucyję macicy, co nie jest nieprawdopodobném.

2) Jeżeli palec badający, czy w którémkolwiek skle-

pieniu, czy to dotykając części pochwowéj, czy też wreszcie przy wykonywaniu ruchów macicą, chociażby takowe nie były upośledzone, wykaże znaczną bolesność, dla któréj niema nawet namacalnéj przyczyny, sondowania zaniechać należy, gdyż bolesność ta jest często albo zapowiedzią, albo już nawet objawem początkowym zapalenia, które nie wytworzyło jeszcze wypociny wyczuć się dającéj. Niemcy stan taki zowią zadrażnieniem otrzewny okołomaciecznéj *(Reizung des Perimetriums).*

3) Przeciwwskazaniem wreszcie do sondowania macicy jest ciąża lub podejrzenie takowéj, gdyż jakkolwiek nie musi, to łatwo może użycie sondy sprowadzić poronienie.

Są jednak i niebezpieczeństwa przy użyciu sondy nawet tam, gdzie ona jest wskazaną, szczęściem jednak nie tak wielkie i nie tak straszne, jak je opisują niektórzy autorowie, a groźne nieraz chwilowo przypady kończą się pomyślnie i nie zastraszają nigdy lekarza doświadczonego. Niebezpieczeństwami temi są: 1) możność przebicia sondą miąższu macicy a nawet i otrzewny i 2) oddziaływanie macicy w postaci kolek maciecznych. Alt *(Berlin. klin. Woch. VII. 92, 1870.)*, Höning *(Berlin. klin. Woch. VII. 16, 1870.)*, Duncan, Veit, Thomas, Simpson i inni opisują przypadki takiego przebicia; czuli oni wszyscy nagle wpadnięcie sondy po nieznacznym oporze, tak że jéj trzonek do pochwy się chował, a gałkę końcową przez powłoki brzuszne wymacać można było. Charakterystycznem jest jednak, że żaden z nich nic nie wspomina o jakiejś reakcyi, i rzeczywiście przebicia takie nie wywołują reakcyi, co też było powodem pomyłki u Valenty z Lublany, który na zjeździe lekarzy w Gracu opisywał przetokę z jamy macicy do jamy brzusznéj, którą za nic innego jak za zwykłe przebicie macicy uznano. Nie tak to jednak łatwo przebić prawidłowy miąższ macicy, ale w przypadkach przebicia sprawa chorobowa usposabia do przebicia i może być powodem następnéj śmierci, nie zaś przebicie samo. Zachęcony historyją choroby, którą późniéj przytoczę, próbowałem w instytucie patologiczno-anatomicznym wiedeńskim z moim nauczycielem Rokitanskym przebić macicę zmarłych z rozmaitych chorób i w 80 przypadkach, nawet pomimo użycia dość znacznéj siły, usiłowania nasze były płonne. Uwzględniając więc rzadkość przebicia macicy i brak złych skutków, to możliwość takiego przypadku nie może nas odstraszyć od używania zgłębnika maciecznego, ilekroć tylko tego zachodzi potrzeba.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. O szczepieniu ospy.

Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. lek. gal.

przez Dra **Ż. Krówczyńskiego.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 29.)

Pierwiastek krowianki nie jest *amphigen*, to jest nie rozradza się na zewnątrz organizmu, ale tylko na organizmie zwierzęcym, czyli jest *entogen*, i w tém różni się od pierwiastka ospowego. Wakcynę, jako chorobę infekcyjną, organizm zazwyczaj raz w życiu przebywa i szczepimy ją za pomocą treści krost sztucznie na krowach wytworzonych. Daléj różni się krowianka od ospy prawdziwéj, że jedyną drogą, jaką do organizmu dostać się może, jest sztuczne szczepienie, czyli jak to zawsze bywa, rana skóry. O istocie przyrzutu krowianki najwięcéj mówią doświadczenia Chauveau'a; one wykazują, że przyrzut krowianki nie znajduje się w stanie rozpuszczenia, ale w stanie stałym, i że nawet znaczne rozcieńczenie krowianki może dać przy szczepieniu wynik dodatni, bo takowy zależy jedynie od ciałka mikroskopowego, które stanowi właściwą istotę jadu. Krosta powstała po zaszczepieniu limfy rozcieńczonéj niczém nie różni się od krosty wywołanéj krowianką nierozcieńczoną, a bardzo rozcieńczona, nie dająca się zaszczepić na skórze, wytworzy krostę, gdy ją w większéj ilości do naczynia krwionośnego wstrzykniemy, jak to również Chauveau stwierdził. Nierozstrzygnąwszy stanowczo, co stanowi istotę przyrzutu ospowego, nie będziemy się silili na udowodnienie, że tak przypuszczenie Chauveau'a jak i Panuma do krowianki odnieść możemy.

Łatwo pojmiemy rozradzanie się pierwiastku krowianki w organizmie szczepionego, jeśli przypuścimy, że pierwiastek jest istotą ożywioną, a podzielając zdanie Panuma, że on jest produktem organizmów, zrozumiemy także potęgowanie się siły jadu, gdy przypomnimy sobie doświadczenia Sandersona. Jak wiadomo stwierdził on, że niektóre produkty zapalne tém silniéj działają, przez im więcéj przeszły generacyj, czyli przez im większą ilość organizmów przeszły, ale te same doświadczenia, które bardzo popierają twierdzenia Panuma o działaniu septycznem produktów organizmów drobnowidowych, przemawiają na korzyść przypuszczenia, że istotę przyrzutu ospowego i krowianki tworzy organizm ożywiony *(Contagium vivum)*. Przypomnieć należy, ze wakcyna także z reguły powinna się raz tylko udawać, bo chronić powinna od przyrzutu krowianki, tak jak ospa przebyta, a jeżeli to obecnie się nie dzieje, bo rewakcynacyja bardzo się często udaje, jest to winą szczepiących najprawdopodobniéj, jak to późniéj będę starał się wykazać.

Zestawiając to wszystko, co o przyrzucie ospowym i krowiankowym przytoczono, widzimy wiele podobieństwa między jadami oboma, które o wiele przewyższają nieznaczne między niemi istniejące różnice. Ściśle rozumując należałoby taki wysnuć wniosek: wakcynacyja chronić powinna od wakcyny, a ospa przebyta od powrotu téj choroby. Ztąd wyniknęłaby podstawa przeszczepiania ospy prawdziwéj czyli waryjolacyja, któréj, jak wiadomo, dawniéj używano jako środka ochronnego. Ponieważ jednak za pomocą przeniesienia ospy przez jéj zaszczepienie wywołujemy chorobę ogólną, w niczém od prawdziwéj ospy się nie różniącą i tak samo groźną, jak wówczas, gdy przyrzut nie przez szczepienie do organizmu się dostaje, przeto waryjolacyja jest tak samo niedorzeczną, jak syfilizacyja proponowana przeciwko kile. Waryjolacyja jednak jest dowodem, że w owym czasie, kiedy ją wykonywano, epidemije ospowe były bardzo groźne i wielką pociągały za sobą śmiertelność, bo inaczéj niezawodnie nie poddanoby się zaszczepieniu prawdziwego przyrzutu w chwilach, gdy ospa słabo występowała, pragnąc ciężką chorobą, jaką w każdym razie jest ospa, uwolnić się od ospy w okresach epidemij groźnych. Gdyby jednak wakcyna tylko przed wakcyną zabezpieczała, to korzyść szczepienia byłaby prawie żadną. Tutaj jednak przychodzi nam w pomoc fakt, najpierw przez Jennera stwierdzony, który w dwuletnim okresie od r. 1799 — 1801 około 7,500 osób zaszczepił limfą zmodyfikowaną, a u większéj połowy tychże późniéj szczepił ospę dla wykazania prawdziwéj ochrony przed ospą, jaką szczepienie podaje; podobne doświadczenia powtórzyli Thouret, dyrektor szkoły lekarskiéj francuskiéj, Soemmering w Frankfurcie n. M. i Sacco z Florencyi i t. d. A z tych doświad-

czeń możemy wysnuć wniosek pewny, że szczepienie jest najniezawodniéj środkiem ochronnym, wniosek, który popiera porównanie i ztąd wynikające podobieństwo obu jadów, ospowego z krowiankowym, a który to wniosek nie byłby wcale usprawiedliwiony, gdybyśmy go czynili jedynie na podstawie wywodów rozumowych. Z tego co dotąd powiedziałem wynika, że szczepić powinniśmy w celu ochronnym, a jakiéj korzyści szczepienie dostarcza, o têm przekonywają nas cyfry statystyczne. Poprzednio jednak przypomniawszy słabe strony statystyki, użyjemy cyfr, które najniewątpliwiéj są najwiarogodniejsze, czerpiemy je z aktów lekarskiego sztabu pruskiego tyczących się śmiertelności przed i po obowiązkowém wprowadzeniu rewakcynacyi. Z nich widzimy, że podczas gdy w okresie czasu od 1825 — 1834, a więc przed wprowadzeniem rewakcynacyi, średnio 45 ludzi umierało, od r. 1835 — 1867 umierało średnio tylko 2·27 w okresie rewakcynacyi przymusowéj. A podczas gdy w r. 1847, 1855, 1856, 1858 i 1863 nikt w wojsku na tę chorobę nie umarł, śmiertelność na ospę w Prusiech między ludnością nie wojskową była znaczną. Wprawdzie powyższe daty są dowodem, że rewakcynacyja jest dzielnym środkiem ochronnym, ale zdaje mi się, że nikt nie zrobi mi zarzutu, że tych cyfr użyłem dla udowodnienia wielkiéj wartości wakcynacyi, kto pamięta, że rewakcynacyja jest dodatnią tylko u tych, u których wakcyna już działać przestała. Nie należy pominąć jeszcze jednego argumentu dowodzącego wartości szczepienia, a têm jest niejednokrotnie stwierdzony fakt, że u szczepionych znacznie łagodniéj przebiega ospa, co dało powód wielu lekarzom do szczepienia już w okresie istniejącéj choroby, która i w takim razie ma być również łagodniejszą. I to spostrzeżenie pośrednio dowodzi wartości szczepienia ochronnego. Opierając się na przytoczonych dowodach stanowczo twierdzić możemy, że szczepienie chroni najniezawodniéj od ospy, zmniejsza jéj siłę i śmiertelność, chociaż nie zabezpiecza przed ospą tak, jak przebyta choroba; czyli innemi słowy, że szczepienie jest najdzielniejszym środkiem profilaktycznym. Jakże argumentują przeciwnicy szczepienia i czém twierdzenia swoje popierają? Oto jedni przeczą, jakoby szczepienie było środkiem ochronnym, opierając się na statystyce zebranéj z własnych spostrzeżeń, drudzy starają się wykazać, że szczepienie nie łagodzi ospy, gdy ją szczepiony przebywa, inni nie uznają, że śmiertelność szczepionych jest nieporównanie mniejsza aniżeli nieszczepionych, a wreszcie są i tacy, którzy szczepieniu przypisują wiele istniejących chorób, jak zołzy, krzywicę, utratę dzielności zmysłów, skrócenie życia, a nawet ogłupienie i zbydlęcenie.

Pierwszym przeciwstawiamy najwiarygodniejszą statystykę powyżéj przytoczoną i wywody teoretyczne, jakiemi nauka zbija ich fałszywe twierdzenie: że szczepienie łagodzi przebieg choroby i bardzo umniejsza śmiertelność, tego dowodzą rzetelne spostrzeżenia kliniczne i daty statystyczne; tym zaś, którzy szczepieniu przypisują rozmaite choroby, odpowiemy, gdy rozbierać będziemy, czém szczepić należy.]

Jak wiadomo i pod tym względem są obecnie zdania podzielone, jedni szczepią krowianką, drudzy limfą humanizowaną. O własnościach i istocie krowianki mówiliśmy, wypada więc powiedzieć kilka słów o limfie humanizowanéj. Jest ona krowianką przez to zmodyfikowaną, że przyrzut krowianki rozradza się w organizmie ludzkim i wytwarza tak samo jak przyrzut ospowy u krów, krostę w miejscu szczepienia, któréj treścią daléj się szczepi, różni się więc ona têm tylko, że krosta jest wytworem organizmu ludzkiego. Czy i jaka zachodzi przez to różnica między oboma rodzajami limfy, nie wiemy z pewnością, ale to pewna, że szczepienie limfą humanizowaną bywa przyczyną ustrojowych chorób ludzkich. Dotąd niezawodnie stwierdzono przeszczepienie kiły za pośrednictwem limfy humanizowanéj. Pomijamy inne choroby, które kładą na karb szczepienia limfą ludzką, a dla których stanowczego dowodu nauka nie dostarcza, a rozbierając udzielanie się kiły będziemy się starali wykazać, że przeszczepienie innych chorób jest możliwe.

Kwestyję sporną co do sposobu przeniesienia kiły wraz z limfą humanizowaną rozstrzygnęła nauka, a doświadczenia dowiodły, że to się dzieje w przypadkach, gdy do limfy mechanicznie domięszanym jest przyrzut kiłowy, pochodzący z tkanin kiłowych lub z wytworów chorobowych kiły. Z tego wynika, że kiłę przenieść możemy na szczepionego nawet i wtedy, gdy najmniejszéj cząstki krwi przy zbieraniu limfy nie spostrzegliśmy, któréj Viennois wyłącznie przypisywał możność przeniesienia choroby.

Limfa wraz z krwią powinna być przyczyną wszystkich innych chorób infekcyjnych, które têm się właśnie cechują, że przyrzut ich znajduje się we krwi, a mając własność rozradzania się w organizmie wywołuje chorobę, która jest następstwem i skutkiem przyrzutu. Jeżeli jednak szczepienie nie bywa przyczyną innych chorób infekcyjnych, to nie dlatego, że to być nie może, ale dlatego, że objawy innych chorób infekcyjnych są zazwyczaj wybitniejsze, niż objawy kiły, a przedewszystkiém towarzyszy im gorączka, która zawsze przeciwwskazuje zbieranie limfy do szczepienia. Latwo patologija wykazuje przeszczepienie chorób infekcyjnych wraz z limfą humanizowaną, ale przy dzisiejszym stanie nauki niepodobna na pewne stwierdzić, czy przez szczepienie inne choroby przenosimy. Nikt nie wątpi, że przez szczepienie nie podobna wraz z limfą wywołać choroby miejscowéj, jak np. przez zebranie limfy z chorego ze złamaniem nogi nie wywołujemy tego samego cierpienia u szczepionego; czy jednak choroby ustrojowe jak krzywica, suchoty, gruźlica itd. mogą być przeniesione, o têm z pewnością nie wiemy. Ponieważ do udowodnienia wyższości krowianki wystarcza nam stwierdzenie, że z limfą humanizowaną kiłę przeszczepić można, przeto powtarzać nie będziemy przypuszczeń, które patologowie wygłaszają tak za, jakoteż przeciw przenoszeniu chorób. To pewna, że szczepiąc krowiankę nie możemy zaszczepić kiły, bo takowa u krów i bydła rogatego niewątpliwie nie istnieje.

Nawet na ostatnim, a zarazem pierwszym, kongresie pedyjatrycznym, który przed kilkoma tygodniami w Berlinie się odbył, znalazła krowianka przeciwnika w Drze Seemanie. Twierdzi on, że z krowianką przeszczepiamy różne choroby właściwe bydłu rogatemu; czy dowiódł swojego twierdzenia i wykazał w jaki sposób się to dzieje, nie wiem, bo znam to twierdzenie tylko z tygodnika *Berl. klin. Woch.*, w którym niestety krótką tylko wzmiankę znalazłem, a nigdzie obszernego sprawozdania nieodszukałem. Muszę odeprzeć ten zarzut posiłkując się w dowodzeniu fizyjologiją i patologiją, a czynię to już dlatego, że wykazując mylność twierdzenia, zarazem odparlibyśmy zarzuty tych zagorzałych przeciwników krowianki, którzy z wielkiéj ku niéj nienawiści przypisują jéj zbydlęcenie, ogłupienie i tym podobne niedorzeczności. Niepodobna zaprzeczyć, że prawa rządzące organizmem, są te same u ludzi, co i u zwierząt wyżéj uorganizowanych,

że np. rozmnażanie u zwierząt w taki sam sposób się odbywa, jak u ludzi. Płód zwierzęcy czerpie własności organizmu tak z jajka matki, jakoteż z nasienia ojca, bez względu czy te własności są fizyjologiczne lub patologiczne i bez względu, czy jest płodem krowim lub ludzkim. Choroby infekcyjne bydła w ten sam sposób przenoszą się i podlegają tym samym prawom, co choroby infekcyjne ludzkie, a jeżeli tak jest, sądzę, że nie minę się z prawdą twierdząc, że i inne choroby bydlęce podlegają tym samym prawidłom fizyjologicznym, co i choroby ludzkie. Ztąd wynika, że przeciwnikom krowianki odpowiedzieć możemy: jeśli przypuszczacie, że wraz z krowianką udzielają się choroby zwierzęce organizmowi szczepionego, to jakiém prawem możecie zaprzeczyć, że limfa humanizowana nie jest przenośnikiem chorób właściwych rodzajowi ludzkiemu, a ostatnie przecie powinny łatwiéj się udzielać i rozwijać, bo czerpane z ustroju równie uorganizowanego, aniżeli choroby zwierzęce udzielone organizmowi ludzkiemu. Zasłużyłbym sobie na zarzut śmieszności, gdybym szczegółowo chciał zbijać twierdzenia tych, którzy podają, że limfa krowianki zawiera jakieś pierwiastki, które wpływają na rozwój duchowy szczepionego, a uwierzyłbym w to chyba wówczas, gdyby wygłaszający tę teoryję siebie jako niezbity przykład przedstawiali.

Zwolennicy szczepienia, ale przeciwnicy używania krowianki głoszą, że krowianka trudniéj się przyjmuje, i że jest źródłem chorób miejscowych, które często nawet śmiercią się kończą i że organizm szczepionego silniéj oddziaływa przy szczepieniu krowianki, niż przy użyciu limfy humanizowanéj. Trudniejsze przyjmowanie tłumaczyć należy tém, że krowiankę dawniéj zazwyczaj w nienależytym czasie zbierano; jakoteż tém, że szczepiąc krowiankę mniéj zwracamy na szczepienie uwagi, a przedewszystkiém na łatwiejszą i szybszą koagulacyję krowianki, na co Keber dostarcza dowodów. Silniejsze oddziaływanie szczepionego przemawiałoby na korzyść krowianki, co zaraz starać się będziemy wykazać, rozbierając, jakie choroby miejscowe przypisują krowiance i w jaki sposób powstawanie tychże tłumaczyć należy.

Do rzędu chorób miejscowych, jakie po szczepieniu powstają, zaliczają przeciwnicy krowianki różę, zgorzel w miejscu szczepienia, rozmaite owrzodzenia, a wreszcie czyraki. Choroby te, jak wiadomo, często występują samoistnie i towarzyszą nietylko szczepieniu krowianki. Gdyby zaś one wyłącznie po szczepieniu limfą krosty krowiéj występowały, w takim razie z wszelką słusznością mielibyśmy prawo upatrywać przyczynę w limfie. Zresztą gdyby prawidłowa treść krosty miała być przyczyną tych chorób, to w takim razie w większości, lub przynajmniéj w wielkiéj ilości przypadków szczepienia krowianką choroby te występować powinny, tymczasem doświadczenie poucza, że one należą do rzadkich, jeżeli nie wyjątkowych, zdarzeń. Nie umiem dostarczyć na to dowodów, ale wypowiadam moje przekonanie, że gdybyśmy przy szczepieniu krowianką równie uważnie postępowali, jak przy szczepieniu z ramienia na ramię, względnie limfą humanizowaną, to przytoczone choroby należałyby do bardzo wyjątkowych przypadków.

Zajrzyjmy zresztą do patologii, co ona twierdzi o tych chorobach i ich powstawaniu. W miarę stanowiska, które zajmują, patologowie upatrują ich przyczynę albo w samym organizmie, albo w czynnikach zewnątrz tegoż się znajdujących. W pierwszym razie może róża i zgorzel wystąpić po zaszczepieniu limfy humanizowanéj, bo akt szczepienia nie zmienia organizmu, w ostatnim razie, tj. jeżeli w chemicznych albo w mechanicznych, a szkodliwych, domieszkach leży przyczyna chorobowa, to takowa jest możliwą przy szczepieniu tak limfą z krów, jakoteż z krost ludzkich.

Najsłabszym zarzutem jest silniejsze oddziaływanie szczepionego krowianką, bo ono nigdy nie jest tak znaczne, aby ztąd szkoda dla organizmu wynikała. Ma się rozumieć, że odłączam te przypadki, w których róża, zgorzel lub inne miejscowe cierpienie wystąpiło. Objawem silnego oddziaływania jest przedewszystkiém gorączka, o któréj wiemy, że za pomocą eksperymentu słabszą lub mocniejszą wywołać możemy.

Jak wiadomo saméj sprawie trawienia towarzyszy gorączka, którą fizyjologiczną nazwać można: za wielka ilość pokarmów, lub nie należyty ich skład powiększa gorączkę, co wskazuje, że nieprawidłowe, lub prawidłowe ale zbyt wielkie składniki organiczne są gorączkotwórcze. Doświadczenia wykazały, że gorączkotwórczą jest krew, gdy takową do żył przy pomocy najczystszych narzędzi wstrzykniemy. Gorączka zależy od jakości płynów, tak że płyny fermentujące lub septyczne wywołują bardzo znaczną gorączkę, a nawet zabijają. Odnosząc to do szczepienia krowianką musimy powiedzieć, że przyrzut krowiankowy z czegokolwiek by on się składał, musi być istotą gorączkotwórczą, względnie zawierać gorączkotwórcze składniki. Pytanie więc, czy właśnie przyrzut wyłącznie nie jest przyczyną owego silnego oddziaływania, i czy ono nie stanowi dodatniéj wartości krowianki. Ale przypuśćmy, że wszystko to, co podają przeciwnicy krowianki o chorobach miejscowych, o trudności przeszczepiania i o silniejszém oddziaływaniu, jest prawdziwém, czy to może zrównoważyć te klęski, jakie powstają przez zaszczepienie kiły wraz z limfą humanizowaną. Mojém zdaniem mniejszém nieszczęściem są wszystkie choroby miejscowe, i silniejsza gorączka towarzysząca krowiance, aniżeli kiła, która młode organizmy po największéj części zabija, a starszych szczepionych na całe życie ciężkiém cierpieniem piętnuje, i na przyszłe pokolenia się przenosi. Gdyby więc udowodniono, że to co powyżéj przytoczyłem jako twierdzenie zwolenników szczepienia limfą humanizowaną, było niezbitym faktem, a niewątpliwie dodatnim nie jest, gdyby nawet krowianka mniej chroniła, co również nie jest faktem, to pewnik, że kiłę z limfą ludzką przeszczepić można, powinien nas przekonać o większéj wartości krowianki, jako środka profilaktycznego od ospy. Wielu autorów, a zarazem autor projektu szczepienia, do którego rozbioru zaraz przystąpię, jest zdania, że krowianka w należytym czasie zebrana i należycie zaszczepiona, absolutnie lepiéj chroni od ospy i na dłuższy czas niż limfa ludzka, a że tak jest rzeczywiście, będę się starał dostarczyć dowodu, na jaki autor projektu nacisk kładzie.

Szczepiąc obecnie, czy to krowianką, czy limfą humanizowaną, zbieramy 7go lub 8go dnia limfę, a to w celu dalszego szczepienia. Zbieranie wymaga nakłócia i umniejsza ilość wessanego przyrzutu. Wprawdzie ostatni we krwi się rozradza, ale mechaniczne drażnienia krosty nie mogą być obojętne. Dowodu, że przyrzut rozradza się, dostarczają szczepienia krwią tych, którzy krowianką byli szczepieni; szczepieniu towarzyszy gorączka, która wskazuje, że istota twórcza dostała się do krwi. Szczepiący limfą humanizowaną podają, że gorączka czyli oddziaływanie tym sposobem szczepionych jest lżejsze, a to wskazuje, że mniéj istoty gorączkotwórczéj do krwi się dostaje. Jeśliby nawet udowodniono,

że zbieranie limfy dnia 8go dokonywane nie jest wadliwém i nie zmniejsza ochrony, to potrzeba również udowodnić, że drażnienie mechaniczne nie zmienia na niekorzyść przyrzutu i nie osłabia jego działania. Przez analogiję mamy prawo twierdzić, że zmiana niezawodnie następuje. Wiadomo, że wrzody twarde, czyli właściwiéj mówiąc pierwotne objawy kiły, powstają po 14 — 21 dniowéj inkubacyi, gdy są same zaszczepione, szczepienia zaś tworów kiły z wakcyną wykazały, że wakcyna przyspiesza wystąpienie pierwotnego objawu, który około 10 dnia się objawia. Co się tyczy przyrzutu kiłowego, to nawet wykazano, że mechaniczne drażnienie niezawodnie zmienia własności jadu, który jest powodem nietylko zmiany w formie wrzodów, ale i szybszego okazywania się, a czyż w takim razie nie może działać tak samo drażnienie mechaniczne na przyrzut wakcyny. Jakkolwiek więc stanowczo trudno rozstrzygnąć, czy zbieranie zmniejsza ochronę, w każdym razie to przypuszczenie jest usprawiedliwione, tém bardziéj, że doświadczenia je potwierdzają. Niejednokrotnie bowiem stwierdzono, że właśnie ci, którym dla piękniéj krosty limfę zbierano, częściéj zapadali na ospę, aniżeli ci, których krosty nie zachęcały do mechanicznego drażnienia, jakiém jest zbieranie limfy.

Reasumując mogę powiedzieć, że starałem się udowodnić, a względnie wypowiedziałem przekonanie komisyi, że **szczepienie jest rzeczywiście środkiem profilaktycznym od ospy, czyli że szczepić należy i że powinno się używać wyłącznie krowianki.**

III. Oceny i sprawozdania.

Dra J. Zielewicza: **Drugie Sprawozdanie Szpitala dziecięcego w Poznaniu.** Poznań 1879, str. 32.

Podzielenie pnia nauki lekarskiéj nie mogło mieć na celu jedynie teoretycznego doskonalenia poszczególnych gałęzi; wykazawszy się dodatniemi wynikami swego bytu, specyjalizm nie mógł pozostać bez odpowiednich zakładów i rzeczywiście potworzył on dziś we wszystkich większych ogniskach świata swe zakłady, których potrzeby nikt nie poważył się zaprzeczać. Krocząc powolnie lecz wytrwale za ludami Europy zachodniéj i my przyjęliśmy ten kierunek, a snać głęboko pojęliśmy jego doniosłość, skoro po za obrębem władz krajowych samo społeczeństwo tworzy tego rodzaju instytucyje, jak szpitale dzieci w Krakowie, Lwowie, Poznaniu i Warszawie.

Właśnie mamy w ręku świeżo ogłoszone: „Drugie sprawozdanie szpitala dziecięcego w Poznaniu“ za rok ubiegły, na czele którego znajduje się przedmowa Komitetu, w któréj ogólnemi wyrazami dotknięto zeszłorocznych dziejów szpitala; daléj następuje sprawozdanie lekarskie przez kierownika zakładu Dra J. Zielewicza, z którego dowiadujemy się, że szpital rzeczony udzielił pomocy lekarskiéj 164 dzieciom w zakładzie, a 1,200 ambulatoryjnie; szczupłość szpitala nie dozwoliła pomieścić znacznéj liczby zgłaszających się chorych, i trudno żądać, ażeby rozporządzając tylko 12 łóżkami, a uwzględniając odosobnienie chorób zakaźnych, mógł zarząd dać większéj liczbie przytułek; natomiast znaczny przyrost w szukających porady ambulatoryjnie i przybywających do zakładu z prowincyi, stwierdza wymownie, że szpitał pozyskał zaufanie rodziców i uznanie szerszéj publiczności.

Dział „Zestawienie chorób“ dosadnie przekonywa o ruchliwéj i skutecznéj czynności kierownika zakładu; napotykamy tu wymienione w grupach anatomicznych lub ajtijologicznych choroby ostre i przewłoczne, wewnętrzne i chirurgiczne, oraz choroby zakaźne z uwzględnieniem wieku, płci, i wyniku leczenia. Czynności chirurgicznéj może pozazdrościć Drowi Zielewiczowi niejeden zakład stołeczny, obfitujący w narzędzia, przyrządy, fundusze i siły chirurgiczne; napotykamy w „Wykazie operacyj“ rękoczyny ważne, jak np. wypiłowanie stawów (2 razy), przecięcie tchawicy (5 razy), wyjęcie kamieni z pęcherza, przekłócie puchliny nerek, odjęcie nowotworów, operacyję wargi zajęczéj itd. Żałować wypada, że nie częściéj spotykamy się w dziennikarstwie z ogłoszeniami wyników operacyj, dokonywanych przez Dra Zielewicza, zwłaszcza uskuteczmianych na układzie kostnym, gdyż skrobanie kości próchniejących, wykonywane w ciągu 1877 r. w krakowskim szpitalu dzieci, nie utwierdziło nas w przekonaniu o pożyteczności téj operacyi u zołzowych; urażliwość ustroju, skłonność do rozpadu i ropienia, podkopane długiém charłactwem siły chorego, nie dopuszczają rozwinąć się odczynowi dobrotliwemu w tak oczyszczonéj kości, siła reperacyjna nie wyrównywa potrzebom, i prócz przypadku, w którym przyczyną próchnienia był uraz u dziecka nie zołzowego, u innych wcześniéj lub później po wyskrobaniu trzeba było przystąpić do odjęcia członka lub postępujące wyniszczenie i zwyrodnienie ważnych dla życia narządów dobijało chorego, i dla tego Dr. Zielewicz oddałby wielką usługę lekarzom dzieci, ogłaszając, skoro skupi poważną ilość przypadków, wyniki swych operacyj.

Śmiertelność dzieci leczonych w poznańskim szpitalu wynosi zaledwo 11,6%; jest to tak mały odsetek, że sprawozdawca uważał za rzecz właściwą usprawiedliwić go łagodnością genijuszu epidemicznego w roku ubiegłym; gdy jednak nie znajdujemy ani w sprawozdaniach wiedeńskich, ani w sprawozdaniu lwowskiém wzmianki, iż w tych miejscowościach, jak i u nas w Krakowie, panowała jaka złośliwa choroba nagminna, a odsetek śmiertelności prawie jest w dwójnasób a czasem i jeszcze znaczniejszy, nasuwa nam się pytanie, czy przyczyna małéj śmiertelności dzieci leczonych w szpitalu poznańskim nie polega na lepszym stanie ich odżywienia, i na mniejszém uleganiu takim zboczeniom odżywczym, jak charłactwo zimnicze, zołzowe, krzywicze itd.? Jeśli wykluczymy z zakresu statystyki choroby zakaźne, które tak znacznie mogą zmienić z roku na rok odsetek śmiertelności, to zapalenie płuc wieku dziecięcego należy do tych bieżów, które najwięcéj zgładzają dzieci; owoż na 30 dzieci leczonych na zrazikowe zapalenie płuc w szpitalu św. Ludwika 16 umarło, a z tych 12 nawiedzonych było charłactwem zimniczém, 2 zołzowém i 2 krzywiczém; w obec odżywienia złego lub miernego któżby wątpił, że charłactwo i zły stan odżywienia były jedynym powodem téj znacznéj śmiertelności cierpiących na zapalenie płuc? Tu więc nastręcza się sposobność do wynurzenia życzenia, ażeby w sprawozdaniach szpitala poznańskiego statystyka charłactwa była uwzględnioną, na wzór sprawozdań lekarskich prof. Jakubowskiego, w których, jak np. przeszłoroczném, czytamy takie liczby: 40,8% charłactwa zimniczego, 24,5% zołzowego i 4% krzywiczego; wymowne one dają świadectwo zdrowotności, a raczéj niezdrowotności krakowskiego Powiśla; daléj co do stanu odżywienia podaje prof. Jakubowski: 69,3% źle odżywionych a 28,8% dobrze odżywionych; czyż te liczby nie świadczą o złym stanie ekonomicznym kraju, o upadku uczucia macierzyńskiego matek niemoralnych? czyż nie

tłumaczą one jasno, dlaczego skala Libarzika zastósowana do wymiarów głowy, klatki piersiowéj i wzrostu dzieci jest za wielką dziś dla tak fizycznie dzielnego niegdyś plemienia Sarmatów? Przeto uwzględnienie charłactwa i stanu odżywienia dzieci leczonych w szpitalach jest wielce pożytecznêm, pouczającém dla lekarza, nasuwającém nie jedną myśl prawodawcy, a w każdym razie wyświecającém liczby statystyczne śmiertelności i wyzdrowienia.

Po sprawozdaniu kasowo-administracyjném następuje Dra Zielewicza: „Kilka słów o szpitalach dziecięcych“, w których autor streszcza historyję powstawania szpitali dla dzieci na zachodzie Europy, a wreszcie i w naszym kraju, stawiąc na wzór tego rodzaju krakowski szpital św. Ludwika, którego założycielom i kierownikowi zasłużony hołd uznania oddaje.

Sprawozdanie, o którém mowa, poucza nas, że dobra wola, wytrwałość natchniona szczerą miłością ludzkości, potrafią wiele zdziałać, nawet pośród tak zniechęconego do nowatorstwa, jak nasze, społeczeństwa. Skuteczna praca Dra J. Zielewicza zapewnia szpitalowi poznańskiemu rozrost wszechstronny, czego mu z całego serca życzymy dla dobra cierpiącéj dziatwy. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Georges Homolle: **De la tension intra-thoracique dans les épanchements pleureaux et de l'emploi du manomètre dans la thoracocentèse.**

Wypuszczenie płynów chorobowych z worka opłucnowego należy do tych wdzięcznych operacyj, które często bywają uwieńczone przywołaniem do życia chorych pasujących się już z śmiercią; lecz rezultat tego rękoczynu, jak wszystkie zachody chirurgiczne, a zresztą i cała praktyka lekarska, jest zależnym w wysokim stopniu od okoliczności kazuistycznych, a chirurg zmuszony jest tu więcéj indywidualizować, aniżeli w innych przypadkach, jeśli się nie chce narazić na wywołanie szeregu groźnych objawów, których powstanie sobie przypisać musi.

Płyny nagromadzone w worku opłucnowym zmieniają ciśnienie śródpiersiowe o tyle, że z ujemnego (wsysającego) staje się ono dodatniém. Względnie do odporności żywotnéj chorego, do ilości płynu nagromadzonego, do długości trwania choroby, do zmian anatomicznych opłucny itd. utraca płuco uciśnięte mniéj lub więcéj swą własność kurczenia się, i jeśli płuco człowieka silnego, niezchorzałego, pomimo silnego ugniecenia go gwałtownie gromadzącą się wypociną rozszerza się mniéj więcéj całkowicie po wypuszczeniu płynu, zupełnie odmiennie rzecz się ma z płucem cherlaka: silne i długie uciśnięcie, zgrubienia opłucny, zchorzałość pacyjenta, stają się przyczyną, że płuco nie wstąpi w próżnię, którą wytwarza płyn wypuszczany, a ulegając naciskowi powierzchni, i wciągane próżnią worka opłucnowego, znajdzie się ono w warunkach fizyjologicznie niekorzystnych, i powstaną znane przypady bólu gwałtownego w piersiach, rozpaczliwéj duszności, niepohamowanego kaszlu, lepkich, często białko i krew zawierających, plwocin; następstwa tego brutalnego działania siły ssącéj na komórki i naczynia włosowate płucne doprowadzić mogą do najgroźniejszych przypadków, i dlatego chirurdzy, by zapobiedz złemu, wypuszczają płyn stopniowo, rozkładając tę pracę czasem na wiele posiedzeń. Lecz czy nie istnieją pewne wskazówki dla chirurga, kiedy on powinien zaprzestać dalszego wypuszczania płynu, czy nie dałaby się wytworzyć pewna matematyczna norma postępowania, ażeby postanowienia operatora nie były zależne wyłącznie od „zdaje mi się.“? Homolle, nad którego pracą, zamieszczoną w lutowym zeszycie br. czasopisma *Revue Mensuelle* w dalszym ciągu zastanawiamy się, wziął za podstawę ciśnienie śródpiersiowe prawidłowe; przystosowując do przyrządu aspiracyjnego (Potaina) manometr mierzył on ciśnienie śródpiersiowe osób cierpiących na nagromadzenie cieczy chorobowych w worku opłucnowym, przy rozpoczęciu wypuszczania płynu, i następnie w miarę ubywania płynu i uzyskanéj dekompresyi odczytywał na manometrze stopień obniżającego się ciśnienia, i względnie do uzyskanéj dekompresyi zatrzymywał lub przedłużał wypuszczanie płynu; idąc za radą Potaina, w którego klinice pracował, używał on początkowo manometru rtęciowego, przystósowanego do aspiratora; od r. 1878 zastąpił go manometrem metalowym, na wzór aneroidu urządzonym.

Bez względu na jakość manometru zastósowanie tego przyrządu do operacyi torakocentezy daje lekarzowi następujące wskazówki: 1) ciśnienia śródpiersiowego pierwotnego (przy rozpoczęciu wypuszczania płynu), 2) sposobu, w jaki ciśnienie się obniża, 3) ciśnienia końcowego i 4) wahania się ciśnienia w skutek ruchów oddechowych.

Nie mogąc przekroczyć granic sprawozdawcy, zmuszony jestem pominąć kazuistyczne przykłady, wielce pouczające, oraz rozumowania autora nad przytoczonemi przykładami. Po za tém praca Homolla daje się streścić w następujących twierdzeniach:

1) Zastósowanie manometru do obliczań ciśnienia śródpiersiowego należy do pomysłów udatnych, wykonalnych, nieutrudniających czynności operacyjnych.

2) Ciśnienie śródpiersiowe jest wynikiem licznych czynników, bądź zgodnych bądź sprzecznych z sobą (kurczliwość utkania płuc, prężność gazów w oskrzelach i pęcherzykach, odporność ścian na ciśnienie powietrzni itd.)

3) Dla obliczenia ciśnienia śródpiersiowego należy w wysokim stopniu uwzględnić stan opłucny i płuca (zgrubienie opłucny, nagromadzenie się błon wrzekomych, przekrwienie, złykowacenie, spadnięcie płuca itd.); tu należą i inne czynniki, mające znaczny wpływ na stopień ciśnienia śródpiersiowego, a mianowicie: giętkość lub sztywność ścian klatki piersiowéj, opór jaki stawiają naciskowi śródpiersie i narządy sąsiednie, oraz obfitość cieczy, jéj wysokość pionowa, ciężar itd.

4) Ciśnienie nie zależy od jednéj z wyżéj przytoczonych przyczyn, lecz od ich współdziałania.

5) Najważniejsze wskazówki, jakie nam daje manometr, odnoszą się do ciśnienia początkowego, końcowego i do sposobu, w jaki dekompresyja odbywa się; ciśnienie początkowe jest prawie zawsze dodatniém, wyjątkowo obniża się ono do 0, a nawet do — 2; lecz czasem wznosi się do + 20 i + 30.

6) Niemożebném jest obliczenie stałego stosunku między ciśnieniem dodatniém lub ujemném, a pewną ilością płynu w opłucny.

7) Wysokie ciśnienie spostrzega się przy wielkich wypocinach, u osób młodych i silnych, jeśli płuco, będąc przekrwioném lub w stanie zapalenia ma znaczną objętość.

8) Słabe początkowe ciśnienie spotyka się przeważnie u cherłaków.

9) Największa dekompresyja końcowa następuje po obfitém wypuszczeniu płynu, obok zesztywniałych ścian klatki piersiowéj i utracenia przez płuco własności rozszerzania się.

10) Znaczna i nagła dekompresyja wywoła niechybnie te ciężkie przypady, które czasem już podczas operacyi grożą choremu.

11) Wskazując szybkość pojawienia się dekompresyi i jéj stopień, manometr powinien służyć operatorowi do wybrania właściwéj chwili do przerwania dalszego wypuszczania cieczy opłucnowéj; dekompresyja powolna i stopniowa upoważnia do przedłużenia wypuszczania; nagła dekompresyja powinna być wskazówką do zamknięcia instrumentu aspiracyjnego.

12) Dekompresyja stopniowa obok obfitéj wypociny każe rokować korzystnie.

Homolle nie jest pierwszym z pisarzy, który zamierzył drogą mierzenia ciśnienia śródpiersiowego zdobyć dla praktyki podstawę, w jakiéj ilości, w każdym szczególowym przypadku, trzeba wypuścić ciecz z opłucny: przed nim już w r. 1875 i 1876 wyszły o tym przedmiocie prace Peyrota, Perlsa, Quinckego i Leydena. Homollowi należy się tylko uznanie za ścisłość matematyczną, która cechuje jego rozprawę, pełną pouczających rozumowań i wysnutych wniosków. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Macadam: O obecności arsenu w sadzach.

Węgiel kamienny zawiera jak wiadomo mniéj lub więcéj siarki w połączeniu z żelazem. Niekiedy ilość tego połączenia jest tak znaczną, że można ją z tego gatunku węgla wydzielić już mechanicznemi środkami. Tak wydzielone połączenie nosi zazwyczaj nazwę rudy *(brasses)*. Gdy zaś połączenie to rzadko kiedy wolném jest od arsenu, to rzecz prosta, że przy spalaniu węgla, takowe zawierającego, dostaje się arsen obok innych wytworów gazowych do dymu a więc i do atmosfery. Przypuszczenie więc, że i w sadzach otrzymanych przy spalaniu węgla, a zbierających się w kominach, znachodzić się musi arsen, ma wiele prawdopodobieństwa za sobą. Ażeby zatém przypuszczenie to dowodami sprawdzić, postarał się autor o sadze z kilkunastu kominów i poddał je dokładnemu rozbiorowi.

200 grm. sadzy wytrawiał on gorącym, rozcieńczonym chlorowodorem, poczém po przesączeniu nasycał otrzymany czysty kwaśny przesącz kwasem siarkowodowym. Otrzymany osad rozczyniał w zgęszczonym kwasie azotowym a roztwór mięszał z stósowną ilością amonijaku i siarkanu magnowego. W wszystkich przypadkach otrzymał kryształiczny osad arsenianu amonowo-magnowego i to z każdych wziętych do pracy 200 grm., przy

	I.	II.	III.	IV.
	0,34	0,38	0,35	0,48
co odpowiada ilości				
kwasu arsen.	0,0885	0,099	0,0911	0,1172

każda więc próba badanych sadzy zawierała w przecięciu $^1/_{10}$ % kwasu arsenawego.

Daléj skonstatował autor, że sadze zbierające się bliżéj palowiska zawierają znacznie więcéj arsenu, niżli para osadzająca się w górnych częściach kominu.

Opierając się na powyższym wyniku przypuścić należy, że przy spalaniu węgli kamiennych znachodzący się w nich arsen tylko w mniejszéj części zagęszcza się i osadza wraz z sadzami, w znaczniejszéj zaś dostaje się wraz z dymem w okoliczną atmosferę i zatruwa takową. Z tego wynika również, że należy baczyć w pomieszkaniach opalanych węglem kamiennym, by znachodzące się w nich piece i w ogóle palowiska dobre posiadały ciągi. (*Czasopismo Tow. aptek.* N. 14).

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja sądowolekarska Tow. Lek. Krak.

Posiedzenie IV z dnia 30 czerwca 1879.

Przewodniczący prof. Blumenstok. Obecnych członków 9 i jeden gość.

1) Przewodniczący wita obecnego na posiedzeniu gościa prof. F Nawrockiego z Warszawy.

2) Prof. prawa cywilnego Dr. Zatorski biorąc pochop z artykułu lekarza sądowego Dra H. Zippego w Wiedniu, który (w Nrze 22 *Juristische Blätter* z r. b.) domaga się zastąpienia w §. 270 k. c. austr. pojęć „niedołęztwo *(Blödsinn)*“ i „szaleństwo *(Wahnsinn)*“ pojęciem ogólném „zboczenia umysłowego“, wyłuszcza znaczenie tych pojęć w prawie prywatném, jako jednéj z przyczyn ustanowienia kurateli, i podawszy różne sposoby wyrażania się kodeksu austryjackiego, pruskiego, francuskiego i saskiego o chorobach umysłowych, tudzież znaczenie tych wyrazów według ducha języka, dochodzi do wniosku: że jakkolwiek rozróżnianie chorób umysłowych w kodeksie jest niepotrzebném, bo wszystkie ten sam za sobą pociągają skutek, tj. niezdolność do działań prawnych i ustanowienie kurateli, to jednak żądana przez Dra Zippego zmiana (którąby nie tylko w §. 270, lecz i we wszystkich innych, gdzie ustawa tych wyrazów używa przeprowadzić należało) nie jest koniecznie potrzebną, i nie wiele by na niéj zyskały tak kodeks, jak i nauka.

W dyskusyi Przewodniczący podaje, że sprawa poruszona przez Dra Zippego wcale nie jest nową, albowiem w Niemczech już od lat kilkunastu psychijatrzy i lekarze sądowi domagają się téj zmiany, któréj potrzeba wynika z postępu psychijatryi. Pojęcia „szaleństwa“ i „niedołęztwa“ wprowadzone zostały do ustawy wtedy, gdy psychijatrzy niemieccy trzymali się podziału chorób umysłowych na „choroby czucia i woli *(Gemüthskrankheiten)*“ i „choroby rozumu *(Geisteskrankheiten)*“, a zgodnie z tym podziałem „szaleństwo i niedołęztwo“ figurowały w ustawach jako przedstawiciele owych dwóch kategoryi. Jednak nie wszyscy sędziowie pojmowali należycie znaczenie tych dwóch pojęć, mających oznaczyć dwa działy chorób, i trzymając się zbyt ściśle wyrazów zamiast pojęć żądali częstokroć w praktyce od znawców, aby się oświadczyli za szaleństwem albo niedołęztwem, nie przypuszczając choroby umysłowéj, jeżeli np. znawca rozpoznał zadumę lub pomięszanie umysłu. W podobny sposób postępują po dziś dzień i sędziowie angielscy. W Austryi sędziowie zadowalają się rozpoznaniem lekarskiém, nie przywiązując wcale wagi do słów, ztąd to pochodzi, że u nas zmiana w mowie będąca w rzeczy saméj nie jest naglącą, jakkolwiek jéj wymagają prawa loiki.

3) Prof. Olszewski daje pogląd na przypadki sądowochemiczne otruć, jakie się zdarzyły w Galicyi zachodniéj w przeciągu ostatnich $3^1/_2$ roku, to jest odkąd wykładający razem z prof. Czyrniańskim wyłącznie zajmują się temi dochodzeniami z polecenia Sądów. Wszystkich przypadków w tym okresie czasu było: otruć dokonanych 24, usiłowanych 55. Z dokonanych najwięcéj było otruć arszenikiem (19 przypadków), z tych w 13 przypadkach znaleziono w żołądku ziarnka arsenu, a w 6 przyp. odkryto arsen inną drogą, przyczém znaleziono i antymon. Otruć za pomocą kwasu siarkowego było 5, z których 2 przypadki tyczyły się dzieci. Otrucia masą z zapałek, chloroformem i chromianem potasu po jednym przypadku. Z usiłowanych otruć przypada 11 na arszenik (w 6 przyp. znaleziono ziarnka arsenu, a w 5 przypadkach użyto arsenu w innéj formie, np. w soku cytrynowym, jak to miało miejsce w jednéj z tutejszych budek sodowych w roku zeszłym), 12 na masę zapałkową, 6 na rtęć metaliczną, 2 za pomocą gleity, 1 za pomocą miedzi, 1 za pomocą antymonu, 1 kw. siarkowym, daléj cyną, lulkiem, akonitem, strychninem, chloroformem po 1, belladonną w 2 przyp. Z tego poglądu wynika, że i nas arszenik w otruciach główną odgrywa rolę, tak w sa-

mobójstwie, jako też w skrytobójstwie, a łatwość nabywania téj trucizny jest zapewne głównym powodem jéj rozpowszechnienia. Natomiast trucizny roślinne wcale nie pokaźną przedstawiają cyfrę. Mówiąc o otruciu arszenikowém prof. O. podaje ważniejszy przypadek, w którym się rozchodziło o sprawdzenie, czy arszenik znaleziony w trupie gnijącym a z ziemi wydobytym mógł pochodzić ze ziemi, w któréj ślady arszeniku wykazano, lub nie.

W dyskusyi Przewodniczący konstatuje łatwość otrzymywania u nas arszeniku, zwłaszcza na prowincyi, o czém przy rozprawach sądowych tak często się słyszy, a jednak nie słychać o środkach, mających zapobiegać téj szkodliwości. Co się tyczy możebności dostawania się arszeniku ze ziemi do ciała, to kwestyja ta jest już rozstrzygniętą, albowiem jeżeli się znajduje w ziemi, to w bardzo małych ilościach i w połączeniach nierozpuszczalnych.

4) Przewodniczący zwraca uwagę na rozporządzenie ministeryjalne, tyczące się nieprzyznawania lekarzom sądowym należytości za zgniliznę przy sekcyjach noworodków, u których uskuteczniono próbę płucową (ogłoszone w Nrze 26 Przegl. Lek.), z powodu, że sam fakt przedsięwzięcia próby téj dowodzi, że ciało nie było zgniłém. W rozporządzeniu tém dopatrzyć się można sprzeczności, która w praktyce sądowolek. może okazać się szkodliwą. Rozporządzenie bowiem identyfikuje zgniliznę z niemożebnością przedsięwzięcia próby płucowéj, przypuszczając, że tam, gdzie się próbę uskutecznia, nie ma zgnilizny i naodwrót, że tam, gdzie jest zgnilizna, uskutecznianie próby płucowéj jest niemożebném, a więc niepotrzebném. Tymczasem mimo znacznéj zgnilizny próbę płucową uskuteczniać należy, bo jakkolwiek wtedy pływanie płuc nie przemawia jeszcze wcale za oddychaniem, to z drugiéj strony niepływanie onych obok zgnilizny ciała tém bardziéj przemawia za nieoddychaniem, co przecież jest rzeczą także wcale nieobojętną. Zachodzi jednak obawa, aby zwłaszcza młodsi koledzy nie uważali tego rozporządzenia, mającego tylko znaczenie finansowe, za wskazówkę naukową i z tego powodu nie zaniechali próby płucowéj i pozbawiali się możności wykazania niewinności osoby, oskarżonéj o dzieciobójstwo.

Na tém posiedzenie zamknięto. Przyszłe posiedzenie odbędzie się dopiero po wakacyjach. *Dr. Kralczyński*, sekretarz.

V. Zbiór pism hippokratowy w świetle nowożytnej krytyki.

Wyłożył na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. dnia 4 czerwca 1879

Prof. Dr. **Józef Oettinger.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Streszczeniem jéj jest księga mająca w zbiorze nazwę: Μοχλικόν (przyrząd do odprowadzania, do naprawy zwichnień). Od czasów najdawniejszych był do niéj przyczepiony ułamek innéj zupełnie treści, który w starożytności, jak świadczy Galen, znany był pod tytułem: περὶ φλεβῶν (o żyłach), a w wydaniach nowszych jest częścią kompilacyi, wchodzącéj w skład zbioru hippokr. pod napisem: περὶ ὀστέων φύσιος (o przyrodzie kości).

Pod tytułem περὶ νούσων (o chorobach) jest ksiąg cztery, które jakkolwiek oznaczone liczbami porządkowemi 1. 2. 3. 4., według swéj treści wcale téj kolei nie usprawiedliwiają, pierwsza nawet i czwarta są dziełami odrębnemi, bez związku z sobą i z tamtemi, a druga znowu nie jest ani dalszym ciągiem pierwszéj, ani częścią poprzednią trzeciéj, lecz równie ta jak tamta tworzą znowu dwie oddzielne całości, lecz w połączeniu z innemi pismami, które zbiór pod odmiennemi zupełnie obejmuje nazwami.

Poszukiwania Littrego, odnoszące się do zbioru hippokratowego, do następujących doprowadziły wypadków:

1wsze. Zbiór w mowie będący sięga niewątpliwie czasu Herofila (335—280 przed Chr.) i uczniów jego Filinosa i Bakchiosa.

2gie. Zawiera on w sobie części, które według świadectw sprawdzonych są pióra innych lekarzów niż Hippokrat, już to dowodnie i imiennie wykrytych, jak np. Polybosa, Euryfonta, już to dotychczas bliżéj nieodgadnionych.

3cie. Obejmuje on znaczną ilość zapisków, którychby autor nigdy nie ogłaszał w téj postaci ciemnéj, niedokładnéj i niewykończonéj, w jakiéj się okazują.

4te. Mieszczą się w nim streszczenia, wyciągi i różne zestawienia, także wiele dosłownych wyjątków z innych ksiąg należących dziś jeszcze do zbioru, jak np. wzmiankowana księga Μοχλικόν jest streszczeniem obszerniejszych ksiąg π. ἀγμῶν i π. ἄρθρων.

5te. Pisma wchodzące w skład jego, acz nie są jednego autora, pochodzą z jednego okresu, spółczesnego lub bliskiego wieku Hippokrata, którego najpóźniejszą granicę stanowi czas między Arystotelesem a początkiem szkoły aleksandryjskiéj, czyli między 350 a 300 przed Chr.

6te. Znajdują się w nim dowody, że jego autorowie napisali byli wiele innych dzieł zaginionych już w chwili ogłoszenia tego zbioru.

7me. Najdawniejsi krytycy wahali się i różnili, gdy chodziło o wskazanie bliższe autorów, którymby przypisać należało pewne dzieła wchodzące w skład zbioru hippokratowego.

8me. Jest atoli pewna, acz mała liczba pism, względem których krytycy zgodzili się jednomyślnie, poczytując za ich autora słynnego Hippokrata.

Na zasadzie tych wypadków uporządkował i rozłożył Littré cały zbiór, obejmujący 70 blisko pism, na 11 działów czyli klas następujących.

Klasa I. Dzieła samego Hippokrata.

Że Hippokrat był osobą historyczną, rzeczywistą, że żył, uczył i pisał, mamy na to świadectwa niewątpliwe spółczesne i mało co późniejsze takiéj np. wagi i powagi, jak Platona i Arystotelesa, którzy o nim ze czcią jako słynnym lekarzu i autorze wspominają i zasady jego nauki przytaczają. Dowodem najoczywistszym są zresztą dzieła, jakie mamy przed oczyma, noszące na sobie piętno gieniuszu i odległéj starożytności, które się przecież same nie stworzyły, lecz musiały być koniecznie płodami człowieka niezmyślonego, ale takiego, co żył i życie głęboko badał i rozumiał.

Są one najkosztowniejszemi perłami całego zbioru. Należą do nich księgi:

1) O dawnéj sztuce lekarskiéj (περὶ ἀρχαίης ἰητρικῆς, *de veteri medicina*). Wskazuje ona jedyną, najwłaściwszą drogę dla rozwoju nauki i sztuki lekarskiéj polecając badanie oparte na doświadczeniu i ostrzegając, aby unikano płonnego dogmatyzmu czyli przypuszczeń z góry powziętych i rozsnutych filozoficznym wywodem bez względu na stosunki rzeczywiste.

Radzi dochodzić wpływu, jaki wywierają i nawzajem odbierają tak ustrój ludzki, jak otaczające go przedmioty mianowicie: o ile co dla zdrowia jest potrzebne, pożyteczne lub szkodliwe. Występuje w tym utworze ów rzut gienijalny głębokiego badacza, obejmujący przenikliwie szerokie widnokręgi, bliższe i odległe stosunki, wyzwalający się z zakresu ciasnego wyrwanych z ogólnego związku drobnostek, niepoświęcający nigdy całości dla jakiegoś odosobnionego szczegółu. Znamionującym też rysem nauki Hippokratowéj jest bystre pochwycenie objawów w ich związku nie tylko z ca-

łym ustrojem ludzkim, lecz ze wszystkiemi otaczającemi go czynnikami, czyli z całym światem, w którym żyje. W owém zaraniu nauki lekarskiéj, kiedy i doświadczenia zasób był o wiele szczuplejszy, a środki badania nie były ani tak liczne, ani tak wydoskonalone jak dzisiaj, kiedy nie znano jeszcze nauk pomocniczych fizyki ani chemii, a technika do pierwszych ograniczała się zawiązków, śledzenie bezwzględne szczegółów z powodu koniecznéj niedokładności musiało narażać na szkodliwe zawody, od których ochronić jedynie zdołała, jako kontrola najpewniejsza, uwaga zwrócona na całość, o ile i jak ona na każdą podnietę lub czynnik oddziaływa, o ile i jak harmonija ogólna doznaje poparcia lub nadwerężenia?

Zgoła księga, o któréj mówimy, podaje stanowczo metodę badania doświadczalnego jako jedynie zbawienną i pożyteczną dla nauki i sztuki lekarskiéj, a wieki i następne pokolenia aż po dziś dzień stwierdziły ją w sposób coraz dobitniejszy, coraz świetniejszy, tak dalece, iż każde odstąpienie od niéj smutne ściągało następstwa, a każdy do niéj zwrot nauce hojnych przysparzał owoców. Pokazuje się ztąd, że Hippokrat wzniósł ów najgłówniejszy filar, na którym cała późniejsza oparła się i cała jeszcze przyszła opierać się będzie umiejętność lekarska, i z tego tytułu należy mu się nazwa jej twórcy. Nie dlatego, jakoby był ojcem nauki i sztuki leczenia, gdyż miał w nich wielu już poprzedników; lecz dla téj przyczyny, iż pierwszy pojął i skreślił warunki i potrzeby umiejętnego badania lekarskiego, że stanowczo wykluczył równie czczą spekulacyję filozoficzną, jak i bezmyślny surowy empiryzm. Wskazawszy w téj księdze jedyne źródło umiejętności i zakreśliwszy jéj tak szerokie granice, jakie za naszych czasów jeszcze nie zostały zapełnione, w pismach innych wyznacza pod uprawę łan coraz inny téj rozległéj niwy i po mistrzowsku pierwszym rozorywa go lemieszem.

Bystrości krytycznéj Littrego zawdzięcza ta księga naprawę krzywdy, jaką jéj wyrządzali nowsi krytycy ostatnich wieków, odsądzając ją od prawa pism rodzimych. Wykazał naocznie dwojakim szeregiem niezależnych od siebie a zatém sprawdzających się nawzajem świadectw i dowodów, że utworowi temu należy się miejsce między najcelniejszemi płodami wielkiego Hippokrata; z jednéj bowiem strony nie ma wątpliwości, że w dyjalogu Platona mającym napis *Phaidros* ta właśnie metoda jako Hippokratowi właściwa jest wskazana i bliżéj określona; z drugiéj znów strony inne pisma naszego mistrza jednomyślnie za rodzime poczytane, równie duchem, jak wykładem a nawet sposobem wyrażania się stwierdzają, że są płodem tego samego autora.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Wyciąg ze sprawozdania z czynności Wydziału krajowego za czas od 1 kwietnia po koniec maja r. b.

Zamianowano sekundaryjuszami przy szpitalu powszechnym we Lwowie Dra Apolinarego Tarnawskiego i Dra Julijana Czesnaka, asystentami zaś Dra Emila Elektorowicza i Dra Władysława Tatarczucha. — Zarządzono i przeprowadzono próby tak w szpitalu lwowskim jak i w zakładzie kulparkowskim, celem przekonania się, czy korzystniejszym jest opał drzewem, lub węglem kamiennym. Mniéj kosztownym okazał się opał drzewem. — Na odezwę c. k. Namiestnictwa zawiadamiającą, że pan minister spraw wewnętrznych zatwierdził uchwalony przez Sejm krajowy statut szpitala św. Łazarza w Krakowie, odpowiedział Wydział krajowy, że wysoki Sejm na posiedzeniu w dniu 7 październik 1878 r. nie uchwalił statutu dla szpitala w Krakowie, lecz powziął uchwałę upoważniającą Wydział krajowy do wydania statutu w brzmieniu przedłożoném, a to właśnie w celu, iżby uchwała Sejmu nie podlegała zatwierdzeniu ministerstwa. — W obronie funduszu krajowego udano się do c. k. namiestnictwa o wyjednanie u c. k. ministerstwa wypłaty czynszu 300 złr. w. a. rocznie za umieszczenie kliniki chorych skórnych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. — Przyjęto rezygnacyję JE. Dra Kopfa z posady przewodniczącego komitetu administracyjnego szpitali krakowskich i rezygnacyję Dra Samelsona, członka tegoż komitetu, wyrażając mu przy téj sposobności podziękowanie za gorliwe i skuteczne pełnienie obowiązków dobrowolnie na się wziętych. Równocześnie udano się do Rady m. Krakowa o przedstawienie kandydata w miejsce Dra Samelsona. — Zamianowano sekundaryjuszami I. klasy w szpitalu św. Łazarza doktorów: Jana Rosnera, Tytusa Wasilewskiego i Maksymilijana Kohna, a sekundaryjuszami II. klasy Dra Leona Kossaka i Dra Wiktora Żelazowskiego. — Poczyniono potrzebne kroki, by zniżyć taksę leczenia w szpitalu powszechnym w Przemyślu i w Białéj, mianowicie z 60 na 50 kr. w. a. Natomiast podjęto akcyję, ażeby taksę leczenia w szpitalu Tarnopolskim podnieść z 50 na 54 kr. w. a. — Zatwierdzono budżet szpitala Śniatyńskiego na r. 1879 i uchwalono poczynić kroki, ażeby szpitalowi temu odjąć cechę szpitala powszechnego i publicznego. — Zatwierdzono budżet na r. 1879 szpitala w Rzeszowie. — Zatwierdzono budżet na r. 1879 dla szpitala w Tarnowie i zamianowano Dra Albina Padalewskiego sekundaryjuszem w tymże szpitalu. — Podano rekurs do c. k. ministerstwa przeciw orzeczeniu c. k. namiestnictwa, że skarb państwa nie jest obowiązany ponosić kosztów leczenia osób pokąsanych przez psa wściekłego, a leczonych w szpitalach publicznych. — Poparto u c. k. Namiestnictwa petycyję Wydziału powiatowego w Nisku o ustanowienie weterynarza dla pow. Niżańskiego.

* Najwyższa Rada sanitarna we Wiedniu ukonstytuowawszy się wybrała przewodniczącym radzcę minist. Schneidera a jego zastępcą Dra Schnellera.

* Minister oświaty w porozumieniu z ministrem spraw wewn. zamianował na rok przyszły dla egzaminów lekarskich w Pradze komisarzem rządowym prof. Webera, koegzaminatorami przy 2iém egzaminie prof. Picka i Dra Neureuttera, a przy 3iém egzaminie proff. Weissa i Eiselta.

* Rząd krajowy bośniacko-hercogowiński rozporządził, że odtąd zakładanie aptek w nowo nabytych tych krajach zależném będzie od warunków obowiązujących w państwie austro-węgierskiém. Obowiązuje także taksa leków austryjacka, jednak z nadwyżką 10% z powodu większych wydatków przewozowych.

Statystyka epidemij. Ospa nieco złagodniała w Londynie. Umarło 11, zachorowało 28; leczy się w szpitalach 202. Także w Wiedniu, Budapeszcie, Petersburgu mniéj umarło; nieco więcéj w Paryżu i Warszawie. Panuje dotąd w kaliskiém, płockiém i kieleckiém. W Kole, Gostyni i Kaliszu zapadło 40 osób na odrę. Nieżyty ostre żołądka i jelit częściéj się pojawiają. Żółta gorączka wygasła w Port au Prince.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 28 (od 6 do 12 lipca) umarło w Krakowie osób 40; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 36,8; we Lwowie 34,9; w Warszawie 23,6; w Poznaniu 25,8; w Wiedniu 29,8; w Budapeszcie 37,8; w Pradze 33,5; w Tryjeście 25,0; w Berlinie 43,2, w Monachijum 30,3; w Dreźnie 23,7; w Wrocławiu 31,8; w Bazylei 21,7; w Brukseli 15,1; w Paryżu 21,1; w Londynie 17,0; w Chrystyjanii 14,7; w Petersburgu 37,2; w Odessie 49,2; w Bukareszcie 30,4. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 3: 2 z dławca, 1 z płonicy. W tygodniu 29 doniesiono o 3 przypadkach duru osutkowego (z Kryminału), 1 duru brzusznego (zkąd?), 2 zapalenia opon mózgordzeniowych (z Grzegórzek i z Libertowa), 1 dławca (z Nowéj Wsi), 1 płonicy (ze szpitala św. Ludwika). *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 24 lipca. Czytamy w ostatnim numerze *„Medycyny"*: Dowiadujemy się, że lekarze tutejsi zaczynają, idąc za przykładem ogółu, krzątać się także około uczczenia jubileuszu J. I. Kraszewskiego. Postanowiono wręczyć mu adres wyrażający obok uznania jego wysokich w naszém piśmiennictwie zasług najszczersze podziękowanie za skreślenie w dziełach swoich szeregu typów lekarzy-obywateli, przedstawiających w należytém świetle wzniosłe stanowisko w społeczeństwie ludzkiém, lekarskiego stanu i prostujących wiele fałszywych pojęć jakie sobie o nim publiczność lekkomyślnie wyrabia. Adres ten ma być napisany na pargaminie według wzoru rękopisów z epoki przeddrukarskiéj, ze wszelkiemi wówczas używanemi artystycznemi ozdobami, i ma być oprawiony w aksamit z bogatemi srebrnemi narożnikami w stylu gotyckim. Postanowiono owym ozdobom oraz minijaturowym inicyjałom tekstu nadać rzeczywistą artystyczną wartość i przedsięwzięto w tym celu rozległe poszukiwania po biblijotekach oraz po zbiorach starożytności krajowych i zagranicznych, gdyż myśl, która dziś dopiero w urzeczywistnieniu na jaw wychodzi, o ile nam wiadomo, od dawna już kiełkuje, tak że czasu nie brakło do sięgnienia nawet do Paryża i do Watykanu po wzory. Każdy więc szlaczek, każda rozetka, każdy fantastyczny zakręt rękopisu, każda minijaturka inicyjałów jest zapożyczona z jakiegoś podziwianego przez archeologów przedmiotu, a obecna praca z owych szczegółów splata li tylko ogólny i do okoliczności zastosowany wieniec. Adres ten przesłany będzie w kopii do wszystkich tutejszych lekarzy; ażeby zaś podpisy ułatwić, wprowadzono nowość która nie mogła by być wprawdzie użytą, gdzie chodzi o prawne podpisu znaczenie, lecz w danym razie odpowie celowi. Przy adresie umieszcza się kilka arkuszy i kreśli na nich arabeski pozostawiając pomiędzy niemi miejsca puste, w których podpisy mieścić się będą. Zamiast więc owéj gmatwaniny kleksów i ogonów sztucznych, zazwyczaj każdy adres szpecących, osiągnie się tym sposobem należycie estetyczną całość, a oprócz tego kto z nieobecnych w Warszawie lekarzy adres podpisać zechce i po to się zgłosi, to przez pocztę otrzyma właściwego kształtu papierowy skrawek, a ten jego opatrzony podpisem na właściwém się miejscu przylepi.

* Galicyjskie Towarzystwo pszczelniczo-ogrodnicze odbędzie w roku bieżącym w d. 18 — 21 wrzesnia walne zgromadzenie połączone z wystawą pszczelniczo-ogrodniczą w Jarosławiu. Dział pszczelniczy obejmować będzie: 1) płody surowe, 2) płody przerobione, 3) pszczoły, 4) ule próżne, 5) narzędzia pszczołarskie i 6) przedmioty naukowe. Dział ogrodniczy zaś: 1) część ogólną, 2) sadownictwo, 3) chmielnictwo, 4) warzywnictwo, 5) ogrodnictwo ozdobowe. Na czele towarzystwa stoi, jak wiadomo, prof. Dr. Ciesielski.

* Według nadesłanych nam wykazów było dotąd w Cieplicach czeskich gości 7337, w Gieshüblu 58, a w Krynicy 1604.

* W opactwie Westminster w Londynie, znanéj walhali angielskiéj, ustawiono biust Dra Jakóba Simpsona, a dziekan położył pod takowy następujący napis: „Pamięci Sir J. Y. Simpsona, którego jeniuszowi i dobroci świat zawdzięcza uśmierzenie boleści przez chloroform. *Laus Deo!*"

* **Mianowania i odznaczenia.** Lekarzami w zakładach Bicêtre i Salpêtrière w Paryżu mianowani zostali na podstawie konkursu Drowie Voisin i Bourneville.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktorów w. n. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. d. 18 bm. pp. Maciéj Zygmunt Kwieciński z Komorowic na Szląsku i Józef Bogdanik z Biały, a d. 22 bm. pp. Bronisław Bogdański, Franciszek Kosterkiewicz i Czesław Królikowski, wszyscy z Galicyi, oraz Teodor Pawlicki z Warszawy; równocześnie otrzymał stopień doktora w. n. lek. na uniwersytecie w Gracu p. Dyjonizy Mazurkiewicz, rodem z Ostalowic w Galicyi, lekarz miejski w Krośnie.

* **Nekrologija.** W Warszawie umarł lekarz Jan Ciosiński z charłactwa zimniczego, którego się nabawił w ostatniéj wojnie. Zmarły ukończył był w r. 1872 nauki lekarskie w Warszawie i praktykował w Biłgoraju. *(Medycyna* Nr. 29).

D. 19 bm. umarł w Ischl prof. Juliusz Klob z Wiednia w 50 roku życia. Urodzony w Ołomuńcu, syn tamecznego lekarza miejskiego, ukończył w r. 1854 medycynę we Wiedniu; późniéj był asystentem prof. Rokitańskiego i profesorem anatomii w Salzburgu, którą posadę atoli porzucił i powróciwszy do Wiednia jako prof. nadzw. anatomii patolog. otrzymał zarazem posadę prosektora w szpitalu Rudolfa. Znane jest dzieło jego główne *„Die Krankheiten der weiblichen Sexualorgane;"* w ostatnich latach miał bardzo rozległą praktykę w Wiedniu.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 29: Gajkiewicza: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.); Dymnickiego: Przypadki przymiotu leczone w Busku w r. 1878 (c. d.); *Gazeta Lekarska* nie doszła nas znowu. W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.*, zeszycie III z rb. Rothego: Przyczynek do psychijatryi praktycznéj (str. 459—546); Jul. Kramsztyka: Życie i działalność naukowa śp. Hermana Fudakowskiego (str. 568—686); Swieżawskiego: Nierząd w Polsce do XV wieku włącznie (str. 586—626); Sucka: Wypadek z praktyki akuszeryjnéj Kośmińskiego (str. 626—634); Jodki: Sprawozdanie komitetu wyznaczonego do utrwalenia pamięci Dra Girsztowta (str. 634—641).

Redakcyja otrzymała:

Drugie sprawozdanie szpitala dziecięcego w Poznaniu (od 1 maja 1878 — 30 czerwca 1879 r.) Poznań 1879, in 8vo. str. 32.

Piśmiennictwo lekarskie. MARCHAND F. Beiträge zur Kenntniss der Ovarien-Tumoren. Mit 2 Taf. gr. 4. Halle. Schmidt. M. 4. 40.

MASSON Noel. Étude sur la polyurie dans quelques affections chirurgicales des voies urinaires. In-8. Paris. Coccoz. Fr. 2.

MAURICE Ch. Contribution à l'étude des amblyopies symptômatiques de la syphilose cérébrale. In-8. Paris. Delahaye. 75 cts.

NEISSER Josef. Die physiologische Diagnostik als Basis für rationelle Therapie. Systemat. bearb. gr. 8. Berlin. Hirschwald. M. 1. 60.

NIEMEYER'S F. v. Lehrbuch der speciellen Pathologie u. Therapie mit besond. Rücksicht auf Physiologie u. patholog. Anatomie, neu bearb. v. Eug. Seitz. 10 Aufl. 2 Bd. gr. 8. Berlin. Hirschwald. M. 18.—, compl. 2 Bde. M. 36.

NUSSBAUM v. Die Operation e. Intercostal-Neuralgie. Vortrag. gr. 8. München. J. A. Finsterlin. M. 45.

PARKER W. K. u. G. T. BETTANY. Die Morphologie des Schädels. Deutsche autoris. Ausg. v. B. Vetter Mit Holzschn. gr. 8. Stuttgart. Schweizerbart. M. 10.

PÉAN. Leçons de clinique chirurgicale. T. II. Avec 106 fig. Gr. in-8. Paris. G. Baillière. Fr. 20.

PINGLER G. Der einfache u. diphtherit. Croup u. seine erfolgreiche Behandlg. m. Wasser u. durch d. Tracheotomie. 2 Aufl. gr. 8. Heidelberg. C. Winter. M. 5. 60.

PINOFF Fr. Handbuch d. Hydrotherapie. gr. 8. Leipzig. O. Wigand. M. 6.

PONTET A. De la syphilis infantile acquise. In-8. Paris. Delahaye.

Sprostowanie. W Nrze 29 Przegl. Lek. na str. 356. szpalcie 1éj, wiersz 3ci od dołu zamiast Chauvego ma być Chauveau'go, a w szpalcie 2éj, wierszu 5tym od dołu, zamiast Tornburg ma być Tornbury, a zamiast Sulton Sutton.

Redaktor Przeglądu Lek. wyjeżdża na miesiąc sierpień; pod niebytność jego obowiązki redaktora pełnić będzie p. Dr. Kazimierz GRABOWSKI, docent Uniw. Jag. Upraszamy więc szan. współpracowników, aby przez ten czas listy i artykuły zechcieli przesyłać na ręce p. Dra Grabowskiego (Rynek 45).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

ASTMY

Duszność, chrypka, katary zadawnione i wszelkie cierpienia kanałów oddechowych ustępują po użyciu **Rurek antiastmatycznych** p. **Levasseura**, 23. rue de la Monnaie w Paryżu.

NEWRALGIE

wszelkie **cierpienia nerwowe** każdéj chwili ustępują po użyciu pigułek antinewralgijnych Dra CRONIER. Skład w Paryżu w aptece p. Levasseur, rue de la Monnaie 23.

W Krakowie w aptekach PP. Trauczyńskiego i Redyka.

PRZEZ użycie **ELIXIRU Dra GENDRIN**, b. Professora medycyny zaszczyconego pierwszą nagrodą na wielkim konkursie 1830 r. niechybnie się leczą *złe trawienia i słabość żołądka : rozstroje kiszko-żołądkowe, wzdęcia, gorączki i rznięcia żołądkowe*, tudzież *zatwardzenia*. Elixir ten w dziesięćkroć wyższy od Pepsyny, przygotowywanym jest przezemnie ze wszelką możebną staranności. Chorym dotkniętym jednocześnie *bladaczką, uposledzonem trawieniem i wycieńczeniem ze sił*, Dr Gendrin zaleca swój Elixir żelazisty, który lekarzom pozwalał osiągnąć zawsze najpożądańsze skutki. W aptekach żądać należy tego lekarstwa, chcąc je mieć rzetelnem, pod tytułem : Elixir Dra Gendrin przygotowany przez LEMAIRE'A aptekarza w Paryżu, 14, rue de Grammont, i wymagać zarazem imienia mego na każdym flakonie.

Skład główny : w aptece przy ulicy Grammont 14. w Paryżu.—We *Lwowie*, w aptece p. Krzyżanowskiego, obok Brygidek; — w *Krakowie*, w aptekach pp. Trauczyńskiego i Redyka;—w *Poznaniu*, u Dra Mańkiewicza i we wszystkich znaczniejszych aptekach.

Nakładem Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie wyszło dzieło p. t.:

Choroby serca i tętnic
w zarysie.

Przez Dra **O. WIDMANNA**,
Prymaryjusza oddziału chorób wewn. w szpit. powszech. we Lwowie.

Cena 1 złr. 35 ct. Skład główny w księgarni S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie.

Poprzednio wyszły:

1) Dra P. GUTTMANNA. **Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych.** Przekład dokonany pod kierunkiem Dra A. Kremera i Doc. Dra St. Pareńskiego.

2) Dra J. STEINERA. **Rys nauki o chorobach dzieci.** Przekład dokonany pod kierunkiem Prof. Dra M. L. Jakubowskiego i Prof. Dra J. Oettingera.

3) Dra A. JURASZA. **Laryngoskopija.** Dzieło ozdobione 43ma drzeworytami.

Pierwszy c. k. koncesyjonowany i przez Wys. Ministerstwo subwencyjonowany

Zakład krowiankowy

pod kontrolą i nadzorem władz zdrowotnych

Wiedeń. Alserstrasse 18.

Rozsełka codzienna świeżéj **krowianki** pod gwarancyją przyjęcia się.

Hay
Specyjalny lekarz do szczepienia.

APTEKA pod KORONĄ
J. TRAUCZYŃSKIEGO
w Krakowie

Utrzymuje wszystkie **wody mineralne** tak krajowe jak i zagraniczne zawsze świeżego czerpania.

Nadto utrzymuje na składzie zawsze **krowiankę styryjską.**

Prócz tego znajdują się zawsze na składzie: Pigułki Cauvina Morisona, Blancarda z żelazem, Valeta z Digitalinem, Dra Croniera zadawane w newralgijach z pepsinem, rozczyn żelaza Lerasa, syrup wapna Grimaulta, syrup Churchilla z wapnem, żelazem, sodą; wino chinowe z Cacao Bugeaud, Quina Laroche. — MĄCZKA SZWAJCARSKA dla małych dzieci zastępująca zupełnie pokarm naturalny ordynowana przez wielu lekarzy. — INSTRUMENTA chirurgiczne. — BANDAŻE różnego rodzaju, pojedyncze i podwójne rupturowe, pępkowe, — PASY brzuszne kobiece, — PESSARIA, — PONCZOCHY jedwabne na obrzękliny, — STETOSKOPY, — PLESSIMETRY — ODCIĄGACZE, pokarmowe dla kobiet, — PŁÓTNO kauczukowe, — FLASZKI do karmienia dzieci, — INHALATORY do wdychiwań przy gardlanych chorobach, — NARZĄDY do wdmuchiwań gardlanych, — PULVERYZATORY, — SONDY żołądkowe, — CATETERY, — BOUGIE, — PODUSZKI KAUCZUKOWE, KAPELUSIKI kauczukowe ochraniające bolesne brodawki u kobiet w czasie karmienia, — RESPIRATORY, — KLISOPOMPY metalowe i kauczukowe tak do lewatyw jak i do wstrzykiwań, — IRRYGATORY Dra Eguisiera, — WSTRZYKAWKI, — TUSZOWNICE, — WSTRZYKAWKI podskórne, — CIEPŁOMIERZE decimalne, — TRĄBKI do wzmocnienia słuchu, — KROPLOMIERZE, PĘCHERZE kauczukowe lub worki na lód, — SKUBANKA, — REZERWOARY moczowe, — KANKI kauczukowe, — SPECULA itd.

Na żądanie przesyła się cenniki franco.

Fabryka parowa wód gazowych
K. Rzący w Krakowie
wyrabia gazowe wody lekarskie

według przepisów podanych przez **Komisyją balneologiczną Tow. lek. krakowskiego.** Wody te odznaczają się wielką skutecznością, taniością i przyjemnym smakiem.

Woda magnezyjowa. Najlepszy środek używania magnezyi działa znakomicie przeciw kwasom żołądka i kiszek, zgadze, katarom żołądka i kiszek, w zatkaniu stolca.

Woda selcerska. Nieoceniony środek w katarach płuc i zastarzałych kaszlach.

Woda litowa w artrytyzmie, w nieżytach pęcherza, przeciw piaskowi i kamieniom moczowym z wielkim skutkiem używana. **Lek prawie pewny w tych cierpieniach.**

Wody żeleziste przeciw ogólnemu osłabieniu, niedokrewności i blednicy wyłącznie używane. **Woda z dwuwęglanem żelazawym, z pyrofosforanem żelazawym**, szczególnie dla **dzieci** zalecana przeciw osłabieniu, wątłości, zołzom, krzywicy.

Woda gorzka gazowa! Wyszczególnia się najkorzystniéj pośród wszystkich wód gorzkich łagodnym smakiem i wybornym skutkiem, zaleca się w katarze żołądka i kiszek, uporczywém zaparciu stolca, w zastoinach krwi i nawałach jéj do szlachetnych organów, w hemoroidach, w braku apetytu i t. p.

Limonada gazowa. środek przeczyszczający przyjemnego smaku.

Cenniki tych wód jakotéż wody sodowéj i limonad gazowych przesyła fabryka na żądanie bezpłatnie.

☛ Panom fabrykantom wody sodowéj polecam wypróbowane przezemnie płyty i węże gutaperkowe, z fabryki angielskiéj pochodzące, tudzież używane lecz w dobrym stanie będące urządzenia dla altan do sprzedaży wody sodowéj służące, po cenach bardzo przystępnych

---



ŻELAZO BRAVAIS

Przyjęte we (DIALYZOWANE ŻELAZO BRAVAIS) Zalecane przez wszystkich szpitalach. Przeciw wszystkich lekarzy.

NIEDOKRWISTOŚCI, BLADACZCE, BEZSILNOŚCI, OSŁABIENIU, BIAŁYM UPŁAWOM, ETC.

Żelazo Bravais (płyn żelazny w kroplach skoncentrowanych) jedyny środek całkowicie wolny od wszelkich kwasów, bez smaku i bez woni, niesprawiający ani zatwardzeń, ani rozwolnień, zapaleń lub osłabień żołądka; *jedyny który zębów nie czerni. — Najbardziéj ekonomiczny ze środków lekarskich żelazistych, jeden bowiem flakon starczy na cały miesiąc.*

Skład główny w Paryżu : **Ulica Lafayette, 13** (w pobliżu W. Opery) *i we wszystkich aptekach.* — We Lwowie, w aptekach PP. Mikolascha i Krzyżanowskiego. — W Krakowie, w aptekach PP. Trauczyńskiego i Redyka. — W Czerniowcach, w aptece P. Golichowskiego. — W Warszawie, w aptece P. D-ra Heinricha i w składzie materyjałów aptecznych P. Mrozowskiego.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rekopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 2 sierpnia 1879. **Nr. 31.** Rok XVIII.

I. O leczeniu śródmaciczném i o oddziaływaniu macicy przy témże.

Wykład miany w Tow. lek. krak.

przez Dra M. Kohna.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30.)

Wspomnieć nam tu także wypada o możebności sondowania trąbek, o której niektórzy autorowie powątpiewają, inni zaś przytaczają odpowiednie przypadki. Duncan *(Edinburg. Med. Jour.)* i Veit, później Hildebrandt, Simpson opisują przypadki sondowania trąbki, inni jednak powątpiewają o prawdziwości rozpoznania. Przypadki jednak Lehmanna z obrzękiem jajnika prawego i przewodem trąbki 28 cm. szerokim i Bischoffa (*1872. Corresp. Bl. Schweiz. Aerzte*) z przewodem trąbki 17 cm. szerokim stwierdzone zostały sekcyją. Amerykanin Peaslee opisuje przypadek *Hydrosalpinx* wagi 18 funtów. Prawda, że w trąbkę prawidłową, gdzie światło przewodu ma wielkość punktu, zgłębnik wejść nie może, ale ileż chorób trąbki rozszerzenie przewodu sprowadzić może, którego rozpoznać niepodobna? Sam obserwowałem następujący przypadek: Do ambulatoryjum szpitala Maryi Teresy w Wiedniu uczęszczała od listopada 1877 chora Hermina M., lat 28 mająca, która prawidłowo od 16go roku miesiączkowała, parę prawidłowych odbyła porodów, a po radę lekarską przybyła dla upławów. Macica normalnie ułożona była 7 cm. długą; rozpoznanie brzmiało: *Endometritis chronica*. Terapia: Tuszowanie śródmaciczne azotanem srebrowym wprowadzanym za pomocą *porte-caustique* Chiarego. Czynności téj dokonywałem osobiście i znałem chorą i kierunek jéj kanału macicznego doskonale, gdy po kilku tygodniach przed tuszowaniem sonda bez użycia siły i bez natrafienia na jakikolwiek opór wprowadzona wpada nagle, kręcąc się nieco końcem na prawo, tak, że trzonek do samego doszedł sromu. Wyjąłem natychmiast sondę, a mając na myśli możebność przebicia, poleciłem choréj udać się do domu i zachowywać się spokojnie przez 3 dni. Po tym czasie znów przyszła, a zapytana odpowiada, że żadnych wcale nie zauważała przypadłości. Miasto sondy użyłem teraz świeczki cieńkiéj elastycznéj, a ta znów krzywiąc się na prawo bez oporu weszła na 29 cm. do jamy macicy. Probując teraz sondować zgłębnikiem grubym metalowym Simpsona tak samo jak świeczką wszedłem bez oporu, a gałkę końcową łatwo przez powłoki brzuszne na prawo od pępka wymacać można było. Później kilkakrotnie jeszcze się to udawało, aż w kilka tygodni znów i sonda i świeczka tylko na 7 cm. wchodziły. Przy sondowaniu tém chora nigdy nie miała boleści ani żadnych nieprzyjemnych następstw, a wyleczona z *Endometritis* zupełnie była i czuła się zdrową. Przypuściliśmy w tym przypadku, że sonda wchodziła do trąbki prawéj; lecz co było powodem jéj rozszerzenia?

Co do kolek macicznych, to przeważnie po sondowaniu następują one tylko w przypadkach, w których istnieje zgięcie pod dość ostrym kątem, już Hewitt to wykazał i wytłumaczył nam to zjawisko tém, że jest to odruch nerwowy wywołany uciskiem nerwów w miejscu zgięcia, który to ucisk zwiększa się, gdy jama macicy więcéj jest wypełnioną sekrecyją, co też się dzieje przy sondowaniu, które zadrażnieniem ścian pobudza je do zwiększonéj wydzieliny. Nie we wszystkich jednak przypadkach zgięcia następują kolki i nie można zaprzeczyć, że różnice w oddziaływaniu macicy tu zachodzące są indywidualne, klimatyczne i szczepowe. Zauważyłem reakcyję raz na 120 sondowań, w każdym przypadku reakcyi można było stwierdzić zgięcie, w przeważającéj liczbie zgięcie ku tyłowi. Reakcyja ta zdarzała się więcéj u brunetek niż blondynek, najwięcéj u Węgierek i Żydówek, mniéj nieco u chorych szczepu sławiańskiego, najmniéj u Niemek, nigdy jéj nie obserwowałem u rodowitéj Wiedeńki. Kolki maciczne występują albo zaraz po użyciu sondy, lub nieco później, — znaczne nieraz boleści w dolnéj części brzucha, tępe ciągnące bóle, nudności najczęściéj bez wymiotów, zimny pot na twarzy i obawa w rysach twarzy są objawami na pozór groźnemi takich kolek, trwających tak silnie tylko kilka, słabiéj jednak i kilkanaście godzin.

Nie ma jednak nic strasznego, wszystko znów przechodzi, lekarz nie potrzebuje się niepokoić, a spokój i środki narkotyczne wystarczają.

Tyle o zgłębniku maciecznym, — a z tego cośmy o nim powiedzieli, łatwy wniosek: że zgłębnik maciczny jest narzędziem li tylko rozpoznawczym wielkiéj wartości, że powinien znajdować się w zbiorze narzędzi każdego lekarza i prócz przypadków wymienionych, w których użycie jego jest przeciwskazaném, przy zachowaniu odpowiedniéj ostrożności można go zawsze i śmiało używać, ile razy lekarzowi daje się uczuć tego potrzeba.

Gąbka prasowana. Drążek blaszeńca palczastego.

Jak już wspomnieliśmy, Simpsonowi należy się zasługa wprowadzenia w użytek gąbek prasowanych w celu rozszerzenia szyi maciecznéj. Od roku 1847 zaczęto ich używać, porzucono je atoli znowu, gdyż nie odpowiednio przyrządzodzone wcale nie odpowiadały swemu zadaniu. Gąbki Simpsona były to stożki z gąbki zwykléj prasowanéj, 6 — 7 cm. długie, o średnicy 3 cm. w podstawie, obciągnięte grubą warstwą żywicy i wosku. Ta ich pokrywa robiła je nieużytecznemi, gdyż nie pęczniały należycie, a odpadające kawałeczki stwardniałéj żywicy kaleczyły błonę śluzową szyi maciecznéj. Starano się zastąpić je czém inném i Wilson wprowadził w użycie wynalezione przez Sloana w Ayr drążki z blaszeńca palczastego, które wprawdzie bardzo wiele miały zalet i chętnie były używane, (K. Braun *Wien. med. Wochenschr.* XIII, 31, 1863.), mało jednak pęczniejące, a z natury cieńkie, bo najwyżéj grubości pióra gęsiego, nie zawsze podołały zadaniu, tém mniéj, że znaczna ich cena także nie była warunkiem korzystnym. Wracano więc do gąbek Simpsona starając się je poprawić. Najprzód wprowadzono dezinfekcyję gąbki i tak maczano ją w kwasie solnym, prasowano w formach, a potém z wierzchu gładzono, nie obciągając niczém ich powierzchni. Gąbki te byłyby nie złe, gdyby nie okoliczność, że nie zawsze łatwém jest wprowadzenie gąbki maciecznéj, a bardzo rzadko wprowadzenie udaje się prędko, a jest ona tak hygroskopijną, iż w pochwie jeszcze pęcznieje i dlatego trudno ją wprowadzić do szyi maciecznéj. Dopiero Sims wszystkiemu zaradził i podał sposób przyrządzania gąbek zupełnie odpowiednich. Ponieważ fabryczne sporządzanie gąbek prasowanych różni się nieco od sposobu przez Simsa podanego, ponieważ daléj nie zawsze na czystość i pewność materyjału fabrycznego spuścić się można, a cena jest przynajmniéj pięć razy tak wysoką, jak koszt gąbki prasowanéj sporządzonéj przez lekarza samego, przeto sądzę, że nie będzie zbytecznem podać tu opis przyrządzania gąbek prasowanych. Co do mnie, jakkolwiek, według moich doświadczeń, tylko korzystnie o gąbce wyrażić się mogę i bardzo chętnie jéj używam, to niepisałbym się jednak na użycie gąbki kupnéj i sam ją sobie zawsze przyrządzam w następujący, przez Simsa podany, sposób:

Kupuje się piękne, czyszczone, o ile można grube gąbki, dobrego gatunku, o maleńkich dziurkach, a wytrzepane dobrze z piasku morskiego, z którego ich w handlu dla wagi większéj nigdy nie czyszczą, wygotowuje się w wrzącéj wodzie, a potem moczy przez dwie lub trzy godzin w mocnym, bo nawet pięcioprocentowym, roztworze kwasu karbolowego. Wypłukane następnie jednoprocentowym roztworem karbolowym wygniata się z wody i wysusza kompletnie, przez co znacznie twardnieją. Następnie wycina się kawałki różnéj dowolnéj wielkości, kształtem swym przybliżone o ile można do formy stożka nieco ściętego, przez których środek w kierunku osi stożka przeprowadza się drut stały, nie giętki, rozpalony. Gąbkę tak na drut wbitą macza się w nasyconym roztworze liposoku arabskiego, do którego dobrze jest bardzo jak podał Lawson Tait, dodać nieco olejku goździkowego, który niszczy potem bardzo nieraz nieprzyjemny odór gąbki rozpulchnionéj w szyi maciecznéj. Wygniótłszy ją znowu, o ile to można ręką, obwija się teraz gąbkę, na drucie zwykłym mocnym, średnio grubym gładkim sznurkiem (szpagatem) w ten sposób, że zaczynając od cienkiego końca idzie się sznurkiem uważnie zakręt za zakrętem w górę dobrze przyciągając i gdy trzeba, nagięciem lub obróceniem nieco miękkiéj gąbki, o to się starając, aby grubość stożka równo proporcyjonalnie wzrastała. Umocowawszy na drucie koniec sznurka aby się nie odwinął, odkłada się na bok gąbkę, aby przez 24 do 48 godzin wyschła. W razie rychléj potrzeby można gąbkę taką w podwyższonéj ciepłocie (np. na piecu) wysuszyć w ciągu 2 lub 3 godzin, będzie ona jednak nieco kruchszą i na powierzchni zbyt twardą, chociaż do użytku przydatną. Gąbkę wysuszoną zdejmuje się kręceniem z druta i poleruje gładziutko papierem posypanym szkłem drobném, sprzedawanym w handlu *(Glaspapier)*. Przed użyciem samém smaruje się gąbkę w górnéj połowie dobrą powłoką twardszego tłuszczu, mianowicie czystym łojem lub masłem kakaowém. Blisko grubszego końca gąbki przeciąga się przez dziurkę, poprzecznie w gąbce przewierconą, mocny cienki sznurek, którego końce, kilkanaście cm. długie, zwięzuje się, aby za nie późniéj gąbkę wyciągnąć można.

Gąbkę zakłada się do szyi maciecznéj albo w wzierniku albo po palcu, a sposób pierwszy już dlatego jest lepszym, że gąbka po palcu wprowadzona łatwo śluzem pochwy i inną sekrecyją, tamże nagromadzoną, zwilżona pęcznieć może i nie podobna jéj potém wprowadzić w ujście macicy. Najlepiéj da się gąbka wprowadzić sposobem przez Simsa podanym. Chorą układa się sposobem angielskim tj. na bok lewy, z ręką jéj lewą za siebie, tj. po stronie grzbietu, wyciągniętą; głowa choréj zbliżona do piersi, chora leży więcéj na ramieniu i lewéj połowie piersi, miednica jéj nieco podniesiona, a nogi zgięte w stawie biodrowym i kolanowym, przyczém prawa noga choréj, a względnie położenia górna, nieco więcéj do tułowiu ma być zbliżoną. Na tylną ścianę pochwy zakłada się wziernik Simsa pociągając go w tył i nieco do góry, powietrze wchodzi w pochwę i rozszerza ją, a obciągając haczykiem ostrym, wbitym w przednią wargę macicy, jéj część pochwową nieco na dół, roztwiera się ujście zewnętrzne macicy tak dobrze, że całkiem łatwo wprowadzić gąbkę ujętą w cążki wązkie np. Madurowicza, gdyż grube łatwo zasłonić mogą pole operacyjne. Jedyną wadą tego postępowania jest konieczność asystenta, którym nie zawsze rozporządzać można, a w braku tegoż w zwykłym wzierniku gąbkę, w cążki ujętą, wprowadzić się usiłuje. Gąbkę w szyję maciczną wprowadzoną trzyma się jeszcze cążkami chwil parę, aż zwilgotniała pęczniejąc sama się już utrzymać może, a wtedy tamponowanie pochwy jest zbytecznem. W przeciwnym razie macica gąbkę wyrzuca. Gąbka prasowana zwilżona rozpulchnia się do ośmkrotnéj grubości. Jeżeli gąbką napotykamy znaczniejsze zwężenie w szyi maciecznéj lub przeszkodę, przez zgięcie macicy pod kątem wywołaną, oporu tego siłą przezwyciężać nie należy, ale raczéj do tego tylko punktu oporu dobrze rozszerzając szyję maciczną gąbką pierwszą, łatwo nam będzie gąbką drugą i przez to miejsce przejść. Gąbkę o tyle tylko wsunąć w szyję ma-

cicy należy, aby na $^1/_4$ lub $^1/_2$ cm. z ujścia zewnętrznego jeszcze wystawała, gdyż inaczéj ujście zewnętrzne przed gąbką się ściągnie i przy wydobywaniu jéj znaczne mamy trudności. Wybór wielkości gąbki użyć się mającéj zależy naturalnie i od okoliczności u choréj zachodzących i od celu, w jakim się takową wprowadza; jasném ztąd, że lekarz rozmaitych rozmiarów i większą ilość gąbek prasowanych mieć powinien. Często jednę i drugą gąbkę zepsuć będzie trzeba i przedwcześnie w skutek napotkanych trudności zpęczniałą odrzucić, nie powinno to jednak odstraszyć od dalszego usiłowania, gdyż w końcu się uda, jeżeli sobie znajdziemy fortel lub jakąś zmianę w postępowaniu, odpowiednio do szczegółowego przypadku.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Ze szpitala powszechnego w Rzeszowie.

Otrucie fosforem.

Podał Dr. **Stanisław Jabłoński**, prymaryjusz.

Zamężna Teofila Lejko, przyjęta do szpitala powszechnego dnia 13 czerwca o godzinie ósméj rano podaje: że we wtorek d. 10 czerwca po południu, w celu samobójczym, wypiła z wódką główki z trzech paczek zapałek fosforowych. Natychmiast po wypiciu miała uczuć silne pieczenie w ustach, przełyku i żołądku, co jednak wkrótce ustąpiło. Aż do czwartku (12 czerwca) do południa miała się czuć dobrze, jadała potrawy zwykłe i w zwykléj ilości, i prócz chwilowego ściskania żołądka i odbijania wonią czosnku nie uważała nic nieprawidłowego. Myślała, że czyn ten pozostanie już bez wpływu na jéj zdrowie, gdy we czwartek po południu dostała nadzwyczaj silnych, cztery razy powtarzających się, wymiotów i bolu żołądka. Czém wymiotowała nie wie, bo wymiotowała na wychodku, smak wymiotów nazywa palącym. Chcąc pozbyć się na pewne trucizny zażytéj napiła się trzy łyżki olejku rycynowego. Ból jednak zwiększał się co chwilę, wymioty w nocy, z czwartku na piątek, powtórzyły się siedm razy, dwa razy w nocy miała, jak twierdzi, zwykły stolec; gdy bole coraz się powiększały i już cały brzuch obejmowały, gdy wymioty się powtarzały a osłabienie wzmagało, przybyła w piątek rano do szpitala.

Badanie okazało: Kobieta lat 24 licząca, silnie zbudowana i odżywiona, podściółka tłuszczowa obfita. Cera twarzy blada, nie żółta, wyraz nadzwyczaj bolesny. Błona śluzowa ust i dziąseł blada. Z ust wyraźny zapach czosnku. Spojówki ócz obudwu nie żółte. W płucach odgłos wypukowy jawny, wysłuch pęcherzykowy. Wymiary i tony serca prawidłowe. Brzuch cały mocno wzdęty, za dotykiem wszędzie bolesny. Żołądek mocno rozszerzony, odgłos wypukowy żołądka sięga na 3 cale po nad pępek. Wątroba powiększona, brzeg jéj dokładnie dotykiem wyczuwalny, a odgłos stłumiono-bębenkowy sięga na dwa palce poniżéj 10 żebra, nad jelitami odgłos jawno-bębenkowy. Śledziona nieco powiększona. Badanie moczu wykazuje małą ilość białka, zmniejszenie chlorków, brak barwików i kwasów żółciowych. Ciepłota 38·4°, tętno pełne, twarde, 86 uderzeń na minutę.

Ponieważ chora już poprzednio wielokrotnie wymiotowała i liczne miała stolce, zaniechałem zalecanego przez Bambergera siarkanu miedzi, działania bowiem swoistego na fosfor, przez to że powleka go warstewką miedzi metalicznéj, tutaj spodziewać się nie mogłem, nieprzypuszczając możebności istnienia jeszcze wolnego fosforu po tylokrotnych wymiotach i stolcach. Zaleciłem co trzy godzin łyżkę węglanu magnowego, wstrzyknięcie podskórne 0,010 morph. mur., zimne okłady na brzuch.

Przy wizycie wieczornéj sam widziałem objawy fosforescencyi przy oddychaniu, bole nie ustępowały, stolców miała wśród dnia pięć. W stolcach przeważnie wodnistych ani śladu główki od zapałek nie widziałem. Wymiotowała cztery razy. Ani wymiociny ani odchody stolcowe nie wydawały światła. Ciepłota 38·5°, tętno 90 uderzeń na minutę.

15/6 rano. W nocy dwa razy wymioty nieco ze krwią zmięszane, ból mniejszy, opad ze sił znaczniejszy. Stolec jeden z małą przymieszką krwi. Spojówki żółtawe. Ciepłota 37·8°, tętno 90. Leczenie jak dnia poprzedniego z wyjątkiem magnezyi. Ciepłota wieczorna taka sama jak ranna.

16/6. Od dolnego kąta łopatki po obu stronach wypuk płuc stłumiony. Przy położeniu się choréj wypuk stłumiony sięga wyżéj. W jamie brzusznéj przy leżeniu choréj na wznak po bokach na dole wypuk tępy. Wątroba jak przy pierwszém badaniu. Nietylko spojówki ale cała skóra żółta. Z ust silna woń czosnkowa. Od dnia poprzedniego dwa razy stolec fusowaty. Chora znacznie osłabiona, chwilami nieprzytomna. W czasie dwugodzinnéj wizyty szpitalnéj, trzy razy drgawki pojedyńczych grup mięśni i to zginaczy rąk i nóg. Na ciele prosowate sine plamy, robiące wrażenie plam występujących w chorobie Werlhofa. Ciepłota 36·8°, tętno 90 drobne. Leczenie: wino naprzemian z rosołem z jajem.

Po południu stan podobny, ciepłota 36·6°. Badanie moczu wykazało znaczną ilość białka i barwików żółciowych. Mocz oddaje świadomie w małéj ilości.

17/6. Chora apatyczna, na głośne nawoływanie odpowiada przytomnie. Drgawki pojedyńczych grup mięśni częste. Z błony śluzowéj lic i dziąseł sączy się krew, którą dosyć często spluwa. Na ciele obok wczorajszych plam, dwie na brzuchu wielkości dłoni dziecka. Ciepłota 35·8°, tętno szybkie, słabe. Po południu chora umarła.

Badanie zwłok, w 36 godzin po śmierci dokonane, wykazało: Całe ciało koloru żółtego, z licznemi sinemi plamami, z których dwie na brzuchu wielkości dłoni dziecka. Spojówki ócz mocno żółte, w ustach, na dziąsłach, błonie śluzowéj lic i języka, lekko skrzepła krew, po odmyciu któréj nigdzie nie widać ranki, tylko na błonie śluzowéj dziąseł plamy sine, wielkości prosa, jedna obok drugiéj umieszczona. Już przy otwarciu czaszki uderza wyraźna woń czosnku, opony miękkie w szczycie świeżą ropą zmętniałe i włóknami do opony twardéj przyczepione. Żyły mózgu krwią ciemną, posokowatą, płynną wypełnione; rowki międzyzwojowe płytkie, mózg na przecięciu miękki z licznemi punktami krwawemi, komórki boczne i czwarta próżne; gruczoł tarczykowy blady, duży. W tchawicy błona śluzowa drzewkowato nastrzyknięta z rozrzuconemi plamami sinemi, tylko miąższ błony śluzowéj zajmującemi. Podobne plamy znajdują się i w przełyku. Podściółka tłuszczowa przeszło na cal gruba. Mięśnie brzucha i piersi blado-brudno-żółte, na tkance łącznéj na mięśniu skośnym wewnętrznym strony prawéj i na saméj tkance mięśnia plama z wynaczynionéj krwi wielkości dłoni, podobna wynaczynionka wielkości czterograjcarówki na spodniéj powierzchni mięśnia piersiowego większego strony lewéj. Plamy skórne ponacinane okazują się tak, jak siniaki za życia powstałe, na zwłokach badane. Po otworzeniu klatki piersiowéj mocna woń czosnku. W każdéj jamie opłucny przeszło po dwa litry surowicy krwawéj. Opłucna tak piersiowa jak płucna wynaczynionkami pokryta, największe pla-

my wielkości centa. Z płuc na przecięciu trzeszczących wydobywa się surowica pienista krwawa. Wynaczynienia w samym miąższu płuc nigdzie nie ma. Osierdzie całe mocno tłuszczem obrosłe, zasiane wynaczynionkami krwawemi od wielkości prosa do ziarna fasoli. W jamie osierdzia do stu gramów płynu surowiczego, krwawo zabarwionego. Serce całe wiotkie, barwy nie jednostajnéj, żółto-brunatnéj, zbitość pojedyńczych miejsc w komórkach niejednakowa, miejsca szczególnie w prawéj komórce miększe i bardziéj żółto zabarwione. W komórkach nieco krwi płynnéj ciemnéj. Jedna zastawka kieszonkowa aorty, i jedna wiązka zastawki dwukończystéj skutkiem wynaczynionki całkiem sina. W śródsierdziu komórki prawéj cztery plamy wielkości fasoli małéj od wynaczynionek. W śródsierdziu lewém dwie takie same plamy. W jamie brzusznéj znajduje się znaczna ilość cieczy surowiczo krwawéj. Żołądek i jelita mocno rozdęte. Przy otwarciu żołądka nadzwyczaj silna woń fosforu. Cała błona śluzowa pokryta skrzepłą ciemną krwią, ani w niéj ani w fałdach żołądka nic wykryć nie można. Po odmyciu okazuje się cała błona śluzowa miękka, nabrzmiała, głównie na fałdach zasiana nadżerkami wielkości prosa do ziarna fasoli. W kiszkach tak cienkich jak grubych także nadżerki, kiszka cieńka za dwunastnicą w długości pół metra całkiem na ścianach swoich pokryta wybroczoną krwią skrzepłą, ciemną, w miejscu tém po zmyciu okazuje się znaczniejsza ilość nadżerków. Wątroba powiększona, barwy wyraźnie brudno-żółtéj, na przekroju budowa wątroby bardzo wyraźna, każdy zrazik prawie wystający ze środkiem ciemniejszym, a brzegiem mocno żółtym, nóż ją przekrawający cały tłuszczem się powleka. Nerki wielkości prawidłowéj, na przekroju plamy blado żółte, od których sama nerka nabiera barwy żółtawéj. Piramidy także blado-żółte. Śledziona nieco powiększona, barwy na przekroju brunatnéj, przekrój ziarnisty. Pęcherz skurczony, mocz mocno nasycony, na wewnętrznéj błonie pęcherza sześć plam sinych wielkości fasoli. Na otrzewnéj ściennéj znaczna ilość plam sinych wielkości prosa do grochu.

Opis choroby, jakoteż wynik badania zwłok podaję do wiadomości szan. czytelników Przeglądu, ponieważ sądzę, że tak przebieg otrucia jak i wynik sekcyi zasługują na uwagę. Już sam przebieg, pozwalający krok za krokiem śledzić działanie fosforu, sprowadzającego najprzód zmiany żołądka, daléj stłuszczenie ważnych organów z następową żółtaczką, potém przypady nerwowe, a w rezultacie zupełną przemianę jakości krwi i prawdopodobnie naczyń, co tak liczne, a tak rzadko w historyjach chorych z tego otrucia zmarłych wspominane, przesączanie ogromnych ilości płynu wywołało. Daléj ze względu sądowolekarskiego ważném jest, że przy takiéj ilości fosforu, ktora, jak sekcyja wykazała, tak znaczne zmiany w organizmie sprowadziła, chora przez półtrzecia dnia zupełnie dobrze się czuła, i niczém otaczających nie naprowadziła na myśl o zamierzoném samobójstwie.

W rezultacie przebieg choroby dowodzi, że niesłuszném jest zapatrywanie Lydena i Munka, którzy twierdzą, że fosfor truje ukwasiwszy się w organizmie na kwas fosforowy, jakoteż Dybkowskiego, który go chce dopiero w dwuwodek fosforu widzieć przemienionym, a przeciwnie prawdziwém jest zdanie Bamberger a i Husemanna, że fosfor jako taki dostaje się do organizmu, bo i w naszym przypadku przy wszystkich objawach otrucia widzieć można było, w trzy dni po zażyciu fosforu, zjawiska świetlne przy oddychaniu, a więc działanie fosforu jako takiego.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. L. Mauthner (we Wiedniu): **Vorträge aus dem Gesammtgebiete der Augenheilkunde für Studirende und Aerzte.** Wiesbaden 1879. Zeszyt 2. (Zobacz Nr. 1 Przegl. Lek. z r. 1879.) Podał Dr. Machek.

W drugim zeszycie swoich wykładów wyłożył autor rzecz o patologii i terapii współczulnego cierpienia oczu. Na pytanie w jaki sposób się przenosi sprawa zapalna z oka pierwotnie chorego na drugie, odpowiada, że to się stać może w dwojaki sposób: drogą nerwów rzęskowych, albo wzdłuż nerwów wzrokowych. W nerwie wzrokowym zapalenie postępuje *per continuitatem*, dotyka skrzyżowania nerwów i wywołuje zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki na drugiém dotąd zdrowém oku. Z siatkówki przechodzi zapalenie na naczyniówkę już *per contiguitatem*. Nerwy rzęskowe zaś pośredniczą w tych, nierównie częstszych, przypadkach, w których cierpienie współczulne objawia się nasamprzód w naczyniówce, w tęczówce, lub ciałku rzęskowém. Daléj sądzi autor, że i równocześnie obiema drogami w niektórych przypadkach sprawa się przenosi, a objawy światłowstrętu, olśnienia, upośledzenia wzroku, zwężenia pola widzenia, odnosi do cierpienia pierwotnego siatkówki i nerwu wzrokowego, a nie do zapalenia naczyniówki.

Autor łączy więc zapatrywania, które miał o rzeczy Mackenzie z zapatrywaniami Arlta, który pierwszy wypowiedział, że nerwy rzęskowe są najprawdopodobniéj pośrednikami w przenoszeniu się współczulnego cierpienia z jednego oka na drugie, zwraca się zaś przeciwko Pagenstecherowi, który wyłącznie pewnym włóknom nerwów rzęskowych *(den nutritiven Fasern des Sympathicus)* przyznaje własność pośredniczenia w téj słabości, a zaprzecza stanowczo, aby nerw wzrokowy miał w tém jaki udział.

Jeżeli nerwy czy to rzęskowe czy wzrokowy, są pośrednikami, powstaje pytanie, jakie są zmiany w nerwach, czy tylko drobinowe, lub czy zapalenie się przenosi od miejsca do miejsca (*migrans*), lub czy bez przerwy ciągnie się wzdłuż nerwów, albo czy to może tylko są odruchy, które nie pozostawiają żadnych śladów. Jak się tego spodziewać można było, autor pozostawia to pytanie nierozstrzygniętém, bo rzeczy téj nie wyjaśnia dzisiejszy stan patologii doświadczalnéj a drobnowid w większéj ilości przypadków żadnych zmian nie wykazuje. Tylko o nerwach wzrokowych twierdzi autor stanowczo, że tu postępuje zapalenie przez bezpośrednie rozszerzanie się, bo w pierwotnie chorém oku są zmiany zapalne nerwu wzrokowego, a w oku następnie chorém widzimy wziernikiem zmiany anatomiczne. Co do nerwów rzęskowych to tu już trudno powiedzieć, które włókna pośredniczą, czy współczulne czy czuciowe, przypuściwszy już, że włókna ruchowe najmniéj są do tego sposobne. Zatém, że nerwy czuciowe pośredniczą lub pośredniczyć mogą przemawiają doświadczenia Strickera, a to z tego powodu, że długie nerwy rzęskowe zdaniem jego mają w sobie włókna naczyniowe, które po zadrażnieniu wywołują przekrwienie w obwodzie, w skutek czynnego rozszerzenia naczyń (*Vasodilatatores*). Ale chociaż na to się zgodzimy, to zrozumieć możemy tylko przekrwienie; dlaczego zaś zapalenie powstaje, tego nie wiemy. Z całéj téj części jak i z ustępów, w których roztrząsa teoryje Moorena, Goldziehera, Alta, wynika, że tu, zdaniem autora, chodzi o postępujące zapalenie wzdłuż włókien. Autor niechętnie się skłania do tłumaczenia innego. W takim bowiem razie trze-

baby przypuścić, że przez zadrażnienie, względnie zapalenie nerwów współczulnych rozszerzających naczynia, albo przez porażenie zwężających, nie tylko rozszerzenie naczyń nastąpi, ale ciężkie zapalenie w téj tkaninie, w któréj nerwy dotknięte się rozgałęziają. Z drugiéj zaś strony nikt dotąd nie spostrzegał, aby po przecięciu lub po zadrażnieniu nerwów współczulnych w jakiejkolwiek części ciała przekrwienie ztąd powstałe przeszło w zapalenie.

W dalszym ciągu podaje autor krótki zarys rozwoju zapatrywań na sprawę zapalenia współczulnego. Mackenzie wystąpił pierwszy w r. 1844, a o teoryi jego wspomnieliśmy wyżéj. Arlt teoryję o nerwach rzęskowych podał 11 lat późniéj. Henryk Müller poparł Arlta wykazując pierwszy zmiany w nerwach rzęskowych na okazie patologiczno-anatomicznym. Od wystąpienia Pagenstechera (1862) porzucono zupełnie teoryję, którą podał Mackenzie. Spostrzegł jednak Mooren, iż są objawy, które stanowczo mówią za tém, iż nerw wzrokowy jest chory i to pierwotnie chory, bo dotąd wszystko, co się działo w siatkówce lub nerwie wzrokowym miało być następowém. W ostatnich zaś latach Dr. Alt (1876) staje po jednéj stronie, Goldzieher po drugiéj; ten ostatni twierdząc, że nerwy rzęskowe są miejscem zmian patologicznych, pierwszy, że także nerw wzrokowy. Zapatrywania swoje każdy z nich popiera okazami anatomicznemi.

W pewnych wątpliwych przypadkach mogłaby mieć doniosłość praktyczną odpowiedź na pytanie, wiele czasu upłynąć musi, zanim może być mowa o cierpieniu współczulném. Autor twierdzi, że przed upływem 4 tygodni od dnia, kiedy oko spotkał uraz, cierpienie współczulne nie występuje. Mniejsza już o najpóźniejszy kres, w którym ta słabość może się jeszcze pojawić. Znane są przypadki, w których więcéj niż pół wieku minęło, zanim wspomniane cierpienie wystąpiło.

Ważném jest leczenie i znać je powinien każdy lekarz, gdyż każdy może się znaleść w tém położeniu, że nieostrzegłszy chorego o niebezpieczeństwie ociemnienia, spotkać się może z zarzutem, że z powodu jego nieoględności ktoś wzrok utracił. Dotąd wyłuszczenie gałki jest jedynym środkiem, który z bardzo małemi wyjątkami uzdrawiająco lub ochronnie działa, tylko należy wyłuszczenie przedsięwziąść w o d p o w i e d n i m czasie. Musi więc lekarz znać warunki i wskazania do wyłuszczenia, nadto musi znać środki, które stósować trzeba, aby oko do operacyi przygotować, co znaczy tyle, co oko będące w stanie zapalnym uspokoić.

Przytaczamy w krótkiém streszczeniu wskazania i przeciwwskazania wyłuszczenia. W razach, w których się oko obrażone znachodzi w stanie zupełnego spokoju, a drugie jest zupełnie prawidłowe, można wykonać wyłuszczenie jako operacyję ochronną, nawet i w takich razach, kiedy jeszcze pozostał ślad poczucia światła na oku chorém, bo zdaniem autora ślad poczucia światła — w przeciwieństwie do innych autorów — nie jest przeciwwskazaniem. Bezzwłocznie należy wykonać wyłuszczenie tam, gdzie wystąpiło zadrażnienie oka drugiego *(Irritationsstadium)*, stanowczo zaś zabrania autor operować w przypadkach, w których wystąpiło zapalenie tęczówki surowicze albo plastyczne, bo operacyja jest tu niejako powtórném zadrażnieniem nerwów rzęskowych. Można jednak wykonać tam wyłuszczenie, gdzie wprawdzie było zapalenie plastyczne ciałka rzęskowego, gdzie jednak sprawa zapalna już minęła, oczy się uspokoiły, a więc także i oko pierwotnie chore już nie jest bolesném. Jakie zaś są anatomiczne i kliniczne znamiona zapalenia i zadrażnienia, po których mógłby lekarz poznać stan, w jakim się oko znajduje, o tém wspomnieliśmy oceniając pierwszy zeszyt pracy autora.

W razach świeżego uszkodzenia oka można przystąpić do wyłuszczenia gałki uszkodzonéj, w celu zapobieżenia zapaleniu ropnemu całéj gałki ocznéj *(Panophthalmitis)* wtenczas, jeżeli znaczna część ciałka szklanego wypłynęła, soczewka wystąpiła albo rozdrobioną została, poczucia światła nie ma a ciało obce n i e w ą t p l i w i e w oku pozostało. Jeżeli jednak ranka jest wielką, brzegi jéj odstają, znaczna część ciałka szklanego wypłynęła, ale ciała obcego w oku nie ma, albo gdyby nawet w niém było ciało obce, lecz kształt gałki jest zachowany a poczucie światła pozostało, nie należy wyłuszczać gałki, tylko zalecić spokój, zaciemnić pokój, uniemożebnić ruchy oka drugiego, zapuszczać atropin i założyć opaskę uciskową. Bole należy uśmierzać zwykłym sposobem. Stósowanie lodu i puszczanie krwi jest, zdaniem autora, niestósowném; lód zaleca tylko w tych przypadkach, w których chory opaski uciskowéj nie znosi. Jeżeli ropne zapalenie całéj gałki wystąpiło, trzeba pozostawić opaskę uciskową jak najdłużéj. Jeżeli choremu zimne okłady są nieznośne, można ciepłe zalecić. Jeżeli wystąpiły bardzo znaczne bóle, a gałka z oczodołu znacznie wypartą została, natenczas można ją przeciąć. Jeżeli już minęło kilka tygodni od dnia zadanego urazu, a oko przy zastósowaniu powyżéj wspomnianych środków leczniczych zupełnie się uspokoiło, natenczas chory może powrócić do zwykłego zajęcia, lecz należy zwrócić uwagę jego na to, że w razie, gdyby spostrzegł jakie zmiany w oku dotąd zdrowém albo bolesność w oku chorém, należy mu szukać rady lekarskiéj. Jeżeli się zaś ma do czynienia z ubogimi chorymi albo ludźmi niewykształconymi, po których się obawiać należy, że albo nie będę mogli szukać rady lekarskiéj, albo udać się gotowi do jakiego cudotwórcy i mając „doń zaufanie“ ociemnieją, natenczas wskazaném jest bezzwłoczne wyłuszczenie gałki. To samo uczynić należy, jeżeli na oku drugiém wystąpiło zadrażnienie, chociażby tylko się objawiało jako światłowstręt lub zmniejszenie szerokości akomodacyjnéj. Jeżeli tęczówka przyrosła całym swoim brzegiem źrenicznym do torebki przodkowéj, a nadto jeszcze się garbkowato wydęła (*seclusio pupillae)*, a ucisk śródoczny się podwyższył, wskazaném jest natychmiastowe wykonanie irydektomii. W przypadkach bardzo uporczywego plastycznego zapalenia ciałka rzęskowego (*Iridocyclitis plastica, Iritis maligna*), jeżeli żaden z wyżéj przytoczonych środków, dalszego rozwoju choroby niepowstrzymuje, należy zastósować szaruchę lub kalomel.

Tam, gdzie nerw wzrokowy jest wyjściem cierpienia współczulnego, leczenie jest takie same. Nie należy atoli wyłuszczać gałki, gdyż doświadczenie uczy (Mooren), że po wyłuszczeniu zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki wzmogło się na drugiém oku, a tém samém zwiększyło się niebezpieczeństwo przejścia sprawy zapalnéj z siatkówki na naczyniówkę.

Powiedzieliśmy, że wyłuszczenie gałki jest jedynym radykalnym środkiem leczenia cierpienia współczulnego. Nie brak innych jeszcze sposobów, ale czy pewnych, dotąd jest rzeczą wątpliwą. Nie brakło licznych zabiegów, które miały na celu zastąpienie szpecącéj człowieka operacyi wyłuszczenia. Już Graefe wspomina o przecięciu nerwu wzrokowego, a późniéj o wewnątrzgałkowém przecięciu pewnéj ilości nerwów rzęskowych. Secondi podaje, że sposób ten stósował z dobrym skutkiem. W ostatnich latach doradzają przecięcie nerwu wzrokowego wraz z nerwami rzęskowemi Boucheron

Schweigger i Schoeler. Hirsilberg twierdzi, że ta operacyja jest skuteczna. Mauthner sprzeciwia się przecięciu wewnątrzgałkowemu nerwów rzęskowych z powodu, że dotąd bardzo często nieskutecznem się okazało. Chodzi o przecięcie wszystkich nerwów, a nie mamy sposobu, za pomocą którego możnaby przeciąć wszystkie nerwy rzęskowe a nie przeciąć nerwu wzrokowego. Ale i operacyja sposobem Schoelera wykonana, jest niedostateczną. Mooren pisze, że Arlt przekonał się, iż po zupełném przecięciu nerwu wzrokowego i nerwów rzęskowych te ostatnie się zrosły. W innym przypadku operował Mauthner sposobem Schoelera. Nie ulegało najmniejszéj wątpliwości, że wszystkie włókna rzęskowe przecięte zostały, gdyż przy ucisku ciałka rzęskowego najmniejszych objawów bolu nie było, a rogówka zupełnie stała się nieczułą. Lecz choroba nie ustąpiła. Po jakimś czasie wyłuszczył prof. Jaeger gałkę i pokazało się, że końce nerwu wzrokowego się zrosły a płaszczyzny przecięcia się trochę przesunęły, tak iż gołém okiem widać było bardzo wyraźnie miejsce przecięcia. Taki atoli przecięty a zrośnięty nerw bezsprzecznie nie powstrzyma dalszego rozwoju sprawy zapalnéj, która postępuje *per continuitatem.*

W dalszych zeszytach zamierza autor omówić badanie funkcyj oka, mózg i oko, a nakoniec jaskrę.

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Sprawozdanie z Walnego Zebrania Wydziału Lekarskiego Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z d. 24 czerwca 1879.

Według zapowiedzianego porządku dziennego odbyła się o godz 12téj z południa wizyta w zakładzie Sióstr Miłosierdzia, w którym Dr. Matecki i Dr. Sęcki, w oddziale chorób zewnętrznych, a Dr. Kaczorowski, w oddziale chorób wewnętrznych, przedstawiali najciekawsze przypadki chorobowe. Następnie udali się zebrani do szpitala dziecięcego, zostającego pod kierunkiem Dra Zielewicza, i mieli tam sposobność widzieć wiele rzadszych cierpień wieku dziecięcego.

O godzinie 6téj wieczorem zagaił posiedzenie w lokalu Towarzystwa prezes Dr. Matecki witając mianowicie kolegów z prowincyi, tym razem dość licznie zebranych i wzywając zebranych do wyboru przewodniczącego Walnego Zebrania. Wybór padł jednomyślnie na Dra Bendowskiego z Grodziska.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z ostatniego Walnego Zebrania nastąpił odczyt Dra Zielewicza: O sztucznem łamaniu kości w celach chirurgiczno-ortopedycznych. Prelegent podzieliwszy zbeżkształtnienia kości długich u dzieci na urazowe i rozwojowe, zalicza do drugich skrzywienia krzywicowe (rachityczne), w których z różnych powodów same środki mechaniczno-ortopedyczne najczęściéj nie skutkują, a rękoczyny chirurgiczne rzadko bywają przedsiębrane, ponieważ publiczność i znaczna część lekarzy przecenia niebezpieczeństwo ztąd wyniknąć mogące, a które nie stoi w żadnym stósunku do niebezpieczeństwa tkwiącego w saméj chorobie. Operacyją, za pomocą któréj tego rodzaju zbeżkształtnienia, bez żadnego niebezpieczeństwa utraty życia, dadzą się albo zupełnie sprostować, albo o tyle poprawić, iż odnoga staje się do użycia przydatną, nazywamy sztucznem łamaniem kości. Prelegent wykazuje szkody, jakie dla dziecka wynikają, jeżeli rodzice i lekarz z założonemi rękami wyczekują aż dziecko z pokrzywionych odnóg „wyrośnie", a odnosi się to szczególnie do dziewcząt, u których skrzywienia podobne wpływając na zmianę stósunków statycznych przy staniu i chodzeniu dają powód do zmian w miednicy, do pochylenia jéj i zmian w jéj postaci. Wykazawszy konieczność interwencyi lekarskiéj w tych przypadkach prelegent przechodzi do rozbioru różnych postaci skrzywień krzywicowych, przedstawia fotografiję dziewczęcia z udem łukowatém, wypukłością na zewnątrz zwróconém, charakteryzuje poszczególne skrzywienia podudzia, do których zalicza $^2/_3$ wszystkich skrzywień rachitycznych i kierunkowi tego skrzywienia przypisuje znaczenie praktyczne, ze względu na zastósowanie metody leczniczéj. Metody te dzieli prelegent na krwawe i bezkrwawe. Na drodze bezkrwawéj dadzą się kości rachityczne sprostować przez proste nagięcie (*redressement*) rękoma, jeżeli są jeszcze podatne. Że jednak fizyjologiczna twardość kości u dzieci bywa różną, w krzywicy zaś granice jéj znacznym podlegają wahaniom i nigdy się z góry nie dadzą oznaczyć, przeto z nagięcia jesteśmy zmuszeni przejść wprost do złamania (*brisement forcé*). Prelegent przedstawia pokrótce kazuistykę 20 przypadków, jedną i drugą metodą leczonych i przedstawia dziewczynkę 3 lata liczącą, operowaną przed $^1/_2$ rokiem z rezultatem pomyślnym. Oba podudzia złamano na jedném posiedzeniu.

Złamania można także uskuteczniać przyrządem Rizzolego (osteoclast). Dotychczasowe doświadczenia prelegenta z tym przyrządem nie były bardzo zachęcające głównie z tego względu, że u dzieci, nawet starszych, wywołuje przyrząd ten zgorzel skóry skutkiem silnego ucisku.

Następnie przechodząc do krwawéj operacyi prelegent przytacza pokrótce historyję osteotomii, któréj pierwszy okres kończy się na Langenbecku w r. 1854, a drugi zaczyna się od Billrotha, zwłaszcza od chwili nawrócenia się tegoż do metody Listerowskiéj. Prelegent opisuje wykonanie operacyi, a co do leczenia pooperacyjnego twierdzi, na podstawie własnego doświadczenia, że czy po osteotomii następuje ropienie, czy nie, to przy metodzie przeciwgnilnéj nie ma znaczenia *quo ad vitam* i jedynie od tego zawisła długość leczenia. Tu przedkłada prelegent fotografię chorego chłopca, zdjętą przed operacyją, który po osteotomii prawie już jest wyleczony. Na jedném podudziu nastąpiło ropienie głębsze, na drugiém zrośnięciu bezpośredniemu stanęło na przeszkodzie powierzchowne ropienie skórne w miejscu szwów, do których założenia użyto przypadkiem igły nieoczyszczonéj. Wreszcie prelegent opisuje 4 przypadki kolana szpotawego, wyleczone przez wyprostowanie i ujęcie w oprawę gipsową i zachęca kolegów do energicznych zabiegów w obec skrzywień kości krzywicowych, których liczba z każdym rokiem w Poznaniu wzrasta w obec wyjątkowego dziś w niższych warstwach karmienia dzieci piersią.

(Dokończenie nastąpi.)

V. List ze Szczawnicy.

We Środę d. 23 lipca obchodzono w naszym zakładzie zdrojowym dość rzadką uroczystość jubileuszu czterdziestoletniéj służby Dra Onufrego Trembeckiego, jako lekarza zdrojowego w Szczawnicy.

O godzinie 7 wieczorem grono złożone z kilkudziesięciu osób, kolegów i życzliwych Jubilata, zebrało się w sali zakładowéj. Dra Trembeckiego przed wejściem powitali wójci i radni wsi Szczawnicy wyżniéj i niżniéj wraz z przełożonym obszaru dworskiego, dziękując mu za czterdziestoletnią opiekę lekarską. Podczas skromnéj wieczerzy podpisanemu jako towarzyszowi prac Jubilata i świadkowi jego działalności od lat 16tu, przypadło w udziale wymienić zasługi Dra Onufrego Trembeckiego na polu lekarskiém, piśmienniczém i około podniesienia zdrojowiska. W odpowiedzi Jubilat podniósł imiona osób, które najwięcéj dla Szczawnicy zdziałały, a mianowicie śp. Józefa Szalaya właściciela i twórcy zakładu, śp. prof. Dra Dietla, lekarzy warszawskich DDrów Chałubińskiego i Baranowskiego, najwięcéj chorych do Szczawnicy przysełających, oraz obecnych lekarzy zdrojowych. Naczelnik sądu powiatowego w Krościenku p. Kriegsejsen wzniósł toast na cześć Akademii Umiejętności, właścicielki zakładu, Dr. Feliks Szlachtowski, Przewodniczący Komitetu szczawnickiego w Akademii Umiejętności na cześć

stanu lekarskiego, jako głównéj dźwigni przyczyniającéj się do podniesienia zdrojowisk, Dr. Pieniążek Doc. U. J. w imieniu młodego pokolenia lekarzy na cześć Jubilata, przemawiał jeszcze w sposób humorystyczny Dr. Stummer z Warszawy i inni. Wreszcie P. Yunga rzucił myśl wystawienia pomnika dla twórcy Szczawnicy śp. Józefa Szalaya, radząc fundusz potrzebny zebrać jużto drogą składki, już przez urządzenie na ten cel loteryi fantowéj, balu itp. Podczas wieczerzy nadeszło kilkadziesiąt telegramów od przyjaciół, pacyjentów i różnych korporacyj z Nowego Sącza, siedziby Jubilata w porze zimowéj, oraz i innych miejscowości.

Tegoroczny zjazd gości zdrojowych należy do najliczniejszych. Do dnia dzisiejszego przybyło 1.105 drużyn czyli partyj złożonych z 1.860 osób.

Dr. W. Ściborowski.

Szczawnica d. 26 lipca 1879.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(*G*) Doszła nas odezwa pod tytułem: W przeddzień Walnego Zjazdu Towarzystwa pedagogicznego. Przypomnienie uchwały o znaczeniu higijeny. Autor Dr. Tadeusz Żuliński ze Lwowa nie po raz pierwszy podnosi w niéj głos w sprawie wprowadzenia wykładów higijeny w program naukowy naszych szkół. Już pierwszy Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbyty w Krakowie przed 10 laty na jego wniosek uznał i uchwalił potrzebę nauczania higijeny w zakładach naukowych. Następnie VI Walny Zjazd Tow. pedagogicznego odbyty w Tarnowie r. 1872 również na jego wniosek polecił Zarządowi zajęcie się tą sprawą; wystosowano też istotnie przedstawienie do Rady szkolnéj krajowéj o potrzebie zaprowadzenia wykładów higijeny przynajmniéj w seminaryjach nauczycielskich, które jednak dotychczas skutku nie odniosło. Drugi Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbyty we Lwowie r. 1875 ponowił uchwały Zjazdu krakowskiego co do potrzeby nauczania higijeny po szkołach publicznych. Towarzystwo lekarzy galicyjskich zajmujące się wykonaniem zleceń tego Zjazdu, czyniło w tym przedmiocie różne przedstawienia do Władz odpowiednich, które jednak bezskutecznemi pozostały. W tym stanie rzeczy gdy zewsząd odzywają się głosy i domagania reformy szkół naszych i autor całkiem słusznie podnosi głos do Zjazdu Tow. pedagogicznego przypominając członkom tegoż, że sprawa uchwalonego siedm lat temu wniosku o nauczaniu w szkołach higijeny dotąd nie załatwiona czeka energiczniejszego zajęcia się nią i gorliwego poparcia.

Ponowne poruszenie téj sprawy w chwili zamierzonéj reformy szkół i w obec Towarzystwa pedagogicznego cieszącego się powagą i uznaniem ogółu jest istotną zasługą Dra Żulińskiego,—żałować tylko wypada, że autor nieco wcześniéj odezwy swéj w świat nie puścił, byłaby ona może przygotowała grunt, a nie jeden z członków Zjazdu byłby może dokładniéj rozważył znaczenie ważnéj téj sprawy i goręcéj nią się zajął, a tak Zjazd, z żalem wyznać to przychodzi, mimo téj gorącéj odezwy obojętne w obec téj ważnéj sprawy zajął stanowisko.

Już na pierwszy rzut oka korzyści z zaprowadzenia wykładów higijeny po szkołach zaprzeczyć nie można, ale znając stosunki uzasadnioną jest obawa, iż zaprowadzenie to napotka na trudności finansowe dlatego co do nas, aczkolwiek uznajemy pożytek zaprowadzenia wykładów higijeny we wszystkich szkołach, sądzilibyśmy, że na razie ograniczyć by może należało starania do zaprowadzenia wykładów tego przedmiotu po seminaryjach nauczycielskich (co może łatwiéj uzyskać przyjdzie), a pozostawić zaprowadzenie wykładów po szkołach w ogóle przyszłości, trzymając się zasady *paulatim summa pettuntur*.

Statystyka epidemij. Ospa złagodniała w Londynie. Umarło 4, leczy się w szpitalach 172, zapadło świeżo 21. Również złagodniała w Wiedniu, Budapeszcie, Paryżu, Petersburgu. Krztusiec bardziéj się rozszerzył w Wiedniu, umarło 20 dzieci. Sporadyczne przypadki duru osutkowego wydarzają się w Warszawie, Wenecyi, Odessie i Petersburgu.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 29 (od 13 do 19 lipca) umarło w Krakowie osób 39; roczna śmiertelność na 1.000 mieszkańców wynosiła 35,9; we Lwowie 25,8; w Warszawie 31,8; w Poznaniu 26,6; w Wiedniu 26,2; w Budapeszcie 38,6; w Pradze 36,4; w Tryjeście 28,5; w Berlinie 34,4; w Hamburgu 22,0; w Wrocławiu 30,6; w Monachijum 33,2; w Dreźnie 19.1; w Brukseli 24,6; w Paryżu 21,6; w Londynie 17,2; w Chrystyjanii 14.3; w Petersburgu 37,3; w Bukareszcie 24,2. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych: 1 z dławca, 1 z duru powrotnego, 1 z kiły. W tygodniu 30 doniesiono o 1 przypadku duru osutkowego (z Kryminału), i o 1 przypadku dławca (z Podgórza).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 30 lipca. Na posiedzeniu Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiej. odbytém dnia 21 bm. Prof. Dr. Karliński, wyłożył treść nadesłanéj pracy pod tytułem: „Spostrzeżenia magnetyczne zrobione w Tatrach w r. 1878 i w Wieliczce w r. 1878 i 1879 przez Dra D. Wierzbickiego". Poczem sekretarz Dr. Kuczyński przedstawił rozprawę na jego ręce złożoną przez p. Maks. Witkowskiego pod tytułem: „O przyczynach zmiany klimatu w Europie, a w szczególności w części Polski, przez którą Karpaty wyzierają ku morzu Bałtyckiemu". Pracę tę oddano dwom Członkom Wydziału do ocenienia i sprawozdania na najbliższém posiedzeniu.

Na posiedzeniu administracyjném zgodnie z wnioskiem Dra Kuczyńskiego i Dra Karlińskiego uznano potrzebę robienia spostrzeżeń w celu zbadania siły magnetycznéj ziemskiéj w Karpatach i polecono wnioskodawcom ułożenie planu, według którego te badania dokonane być mają.

Według nadesłanych nam wykazów było dotąd w Cieplicach czeskich gości 7.859.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Placzkowski w Warszawie mianowany ordynatorem w szpitalu Dzieciątka Jezus. — Dr. Michał Szalfiejew, młodszy ordynator samarkandskiego wojskowego szpitala, mianowany docentem chemii lekarskiéj w miejsce śp. Fudakowskiego w Warszawie. Drowie Charcot i Ranvier w Paryżu, Esmarch w Kielu i Schiff w Genewie wybrani zostali członkami korespondentami król. belgijskiéj Akademii lekarskiéj. — Dr. Curschmann docent Uniw. berlińskiego i lekarz naczelny lazaretu barakowego został dyrektorem szpitala powszech. w Hamburgu (w miejsce zmarłego Dra Sandera).

Nekrologija. W Petersburgu zmarł dn. 15 lipca J. F. Brandt Dr. med. członek Akademii znany jako Zoolog, Anatom i Botanik.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* (któréj Nr. 1, 2, 3 i 4 razem otrzymaliśmy): Nr. 1. Wyczałkowskiego: Sprawozdanie z czynności lekarskiéj szpitala św. Aleksego w Płocku za r. 1878. Heringa: O operacyi polipów krtani (c. d.). Nr. 2. Nowakowskiego: Sprawa przeciwko Szczepanowi Paszkowskiemu o usiłowane zabójstwo i posiadanie broni bez pozwolenia obwinionemu. Heringa: O operacyi polipów krtani (Dok.) Nr. 3. Perkahla: Zapalenie epidemiczne powłok mózgo-rdzeniowych. Tymowskiego: O działalności przetworów benzoesowych. Zieleniewskiego: O ruchu i rozwoju c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy od r. 1873 do 1877 (c. d.). Nr. 4. Minkiewicza: Miejscowe znieczulenie za pomocą rozpylonego eteru. Jelenskiego: Przyczynek do zimnicy pokrzywkowéj. Zieleniewskiego: O ruchu i rozwoju c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy od r. 1873 do 1877 r. (c. d.). W *Medycynie* Nr. 30: Gajkiewicza: O porażeniu ośrodkowém nerwu rozocznego i wywołaném przez to zboczeniu sprzężném oczów. Dymnickiego: Przypadki przymiotu leczone w Busku w r. 1878 (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dra A. ROTHEGO (w Warszawie). Przyczynek do psychijatryi praktycznéj. (Osobne odbicie z Pamiętnika Tow. Lek. Warsz. z r. 1879). Warszawa 1879, in 8vo, str. 109.

W zastępstwie redaktora: Doc. Dr. Grabowski.

Do Nru niniejszego dołącza się spis książek i narzędzi do pozbycia po jednym zmarłym lekarzu.

Nr. 570.

KONKURS.

W celu prowizorycznego obsadzenia opróżnionéj posady lekarza miejskiego w Andrychowie mieście z płacą roczną 200 złr. a. w. rozpisuje się niniejszy konkurs.

Ubiegający się o tę posadę mają wnieść do tutejszéj Rady gminnéj swoje należycie udokumentowane podania najdaléj do 15 sierpnia 1879.

Zwierzchność gminna miejska.
Andrychów 26 lipca 1879.

Burmistrz
Gayczak.

Z dniem 1 Pazdźiernika r. b. zostanie opróżnioną w chirurgicznéj méj klinice prywatnéj posada asystenta z płacą roczną 500 marek i zupełnem utrzymaniem. Pasadę tę i nie pruscy lekarze uzyskać mogą.

Dr. Rydygier
w Chełmnie w Prusiech.
(Kulm in West-Preussen.)

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 9 sierpnia 1879. № 32. Rok XVIII.

I. Spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki lekarskiéj krakowskiéj.

Przez prof. Dra **Korczyńskiego**.

V.

Dwa przypadki metalicznych tonów sercowych skutkiem podźwięku w jamach rozpadowych położonych w sąsiedztwie żołądka. — Znaczenie rozpoznawcze metalicznych objawów przysłuchowych zależnych od ruchów serca.

Chcąc obecnie mówić o metaliczności jakiegobądź objawu wypukowego lub przysłuchowego, trzeba przedewszystkiem porozumieć się co do znaczenia i zakresu, w jakim się takowy pojmuje, a to z powodu, że w ostatnich czasach nazwa ta bywa częstokroć nadużywaną do oznaczenia pewnych objawów przysłuchowych, które w ściślém tego słowa znaczeniu na nazwę metalicznych dźwięków nie zasługują. I tak np. często spotkać się można z opisem odgłosu metalicznego nad żołądkiem lub jelitami, lub odgłosu metalicznego na klatce piersiowéj po nad wypociną opłucnową, gdzie właściwie istniał tylko wysoki odgłos bębenkowy, albo z określeniem drugiego tonu nad tętnicami jako tonu metalicznego, podczas gdy takowy przedstawiał się w istocie tylko jako ton wzmocniony i dźwięczny. Ten brak ścisłości nie miałby tak doniosłego znaczenia, gdyby z nazwą metaliczności nie łączyło się pewne i ściśle określone znaczenie semiotyczne.

Jak wszędzie, tak i tu należyta wprawa chroni od pomyłek. Ze względu na objawy wypukowe i objawy przysłuchowe w narządzie oddychania nabyć jéj można nie tylko przez częste ćwiczenie się w badaniu chorych, ale nadto przez opukiwanie rozmaitych naczyń wydrążonych rozmaitemi narzędziami. W ten sposób przekonać się można, że dźwięk metaliczny powstaje w odmienny sposób, aniżeli odgłos bębenkowy, a mianowicie, że do powstania takowego potrzeba, aby istniał pewien stosunek między wysokością odgłosu wzniecconego przez pukanie a obszernością i kształtem przestrzeni wydrążonéj, tak ażeby pewne brzmienia odbijać się mogły regularnie od ścian i wywoływać resonancyję wyraźną i długi czas słyszalną. Ze stanowiska praktycznego nazwa d ź w i ę k u a m f o r y c z n e g o czyli dzbanowego, wprowadzona do nauki przez S k o d ę zaleca się daleko bardziéj od nazwy dźwięku metalicznego, gdyż uzmysławiając powstawanie tego brzmienia w przestrzeni pustéj, chroni od pomięszania z odgłosem bębenkowym. Nazwa ta odpowiada zresztą daleko lepiéj pojęciom fizycznym, gdyż zwraca uwagę na to, że przyczyną główną dźwięku nie są ściany, lecz drganie powietrza zawartego w przestrzeni pustéj i odbijanie się fal głosowych od ścian przestworu.

O metaliczności tonów sercowych wyrobić sobie można najłatwiéj pojęcie osłuchując serce człowieka zdrowego za pomocą zwykłéj słuchawki, któréj wolny koniec zasłonięty jest mocno naprężoną cienką błonką gumową, lub za pomocą słuchawki V o l t o l i n i e g o, którą przez zasłonięcie takąż błonką zamieniło się w słuchawkę H u e t e r a (zobacz Przegląd Lekarski 1879, str. 57); lub też opukując grzbiet własnéj ręki przyłożonéj do małżowiny usznéj.

Podźwięk amforyczny j a k o z j a w i s k o w y p u k o w e znajdujemy: w odmie piersiowéj, nad wielkiemi jamami w płucach, jak niemniéj nad żołądkiem i jelitami, jeżeli takowe są nadmiarowo gazami wydęte i w rzadkich przypadkach wylania się powietrza do worka otrzewnowego. O d d e c h a m f o r y c z n y słyszeć można na klatce piersiowéj: w odmie piersiowéj, w jamach płucowych większych rozmiarów; na brzuchu zaś niezbyt często: w nagromadzeniu się powietrza w worku otrzewnowym lub wydęciu znaczném jelit gazami (C z u d n o w s k i, L e w i c k i-G r o s s s t e r n, L e i c h t e n s t e r n). R z ę ż e n i a i f u r c z e n i a przybierają podźwięk amforyczny: w odmie piersiowéj i jamach położonych w płucach; w rzadkich bardzo przypadkach rzężenia powstające w oskrzelach, nabierają dźwięku metalicznego w żołądku wydętym gazami. W odmie piersiowéj, któréj towarzyszy wypocina opłucnowa *(pyopneumothorax)*, słyszeć można nadto szczególny objaw metaliczny, zwany „spadaniem kropli“ *(gutta cadens)*, o którego przyczynę dotychczas sprzeczają się autorowie (Baas, Leichtenstern). Daleko częstsze są szmery amforyczne p l u-

skające (*Plaetschergeräusche*), które powstają w jamach napełnionych gazami i treścią ciekłą, gdy chorym wstrząsamy; tu należy pluskanie płynu w rozdętym żołądku lub rozdętych jelitach, w jamie osierdziowéj i opłucnowéj wypełnionéj gazami i płynem, rzadko w przypadkach przedziurawienia żołądka lub jelit (Czudnowski) a jeszcze rzadziéj w otorbionych ropniach lub zropiałych torbielach, położonych w jamie brzusznéj, gdy w takowych wytworzą się gazy (Laboulbène, Gerhardt), lub w wielkich jamach płucnych zawierających treść płynną.

Jak odgłos wzniecony przez opukiwanie lub brzmienia powstające w płucach, oskrzelach lub opłucnéj skutkiem resonancyi, pośród korzystnych warunków, przybierać mogą charakter metaliczny, tak samo i brzmienia zależne od ruchów serca a mianowicie: tony sercowe, szmery śródsierdziowe lub osierdziowe, jakoteż szmery, które powstają przez wstrząsanie płynu ruchami serca, mogą wśród sprzyjających warunków nabrać cech metaliczności. Stany chorobowe, wśród których zauważać można te dźwięki metaliczne, są następujące:

1. Odma osierdziowa (*pneumopericardium*). Brzmienie metaliczne powstać może przez oddźwięk w worku sercowym wypełnionym gazami nawet bez obecności płynu. Już samo uderzenie serca może być przyczyną dźwięku metalicznego, który może być słyszalny niekiedy nawet w znacznéj odległości od chorego (Stokes); albo też obydwa tony sercowe, a przeważnie ton skurczowy może być amforyczny i przedstawiać rozmaite odcienia, które go czynią podobnym do uderzania koła młyńskiego o powierzchnią wody (Bouillaud), do dźwięków cytry (Friedreich), do wstrząsania strzelbą napełnioną śrutem (Oppolzer), do odgłosu dzwonów (Friedreich) itp. Tarcie osierdziowe w odmie osierdziowéj może także przybrać dźwięk metaliczny (Stokes). Jeżeli równocześnie znajduje się płyn w osierdziu, ruchy serca wzniecać mogą w takowym pluskanie, które zazwyczaj bywa skurczowém i przedstawia się jako bulkotanie, klaskanie lub rzężenie, albo też zauważa się objaw „spadania kropli“ z podźwiękiem dzbanowym. Każdy z tych objawów metalicznych słyszy sam chory a niekiedy jego otoczenie, nawet ze znaczniejszéj odległości.

2. Odma piersiowa (*pneumothorax*). W nagromadzeniu się powietrza w lewym worku opłucnowym słyszeć można niekiedy amforyczne tony sercowe tak w okolicy serca, jakoteż na całéj lewéj połowie klatki piersiowéj i to z bardzo pięknym podźwiękiem srebrzystym (*fremissement argentin*) lub ze zwykłym podźwiękiem metalicznym (*cliquetis métallique*); albo też pojawia się skurczowe brzmienie podobne do rzężenia metalicznego (*tintement métallique*), lub pluskanie metaliczne, takie same jak w odmie osierdziowéj (Biermer). Objawy te są niekiedy w odmie piersiowéj jedynemi objawami amforycznemi i nie należą do rzadkości; dlatego należałoby, ażeby je wymieniano w podręcznikach klinicznych i diagnostycznych między objawami odmy piersiowéj. Pluskanie metaliczne powstać może tylko wtedy, jeśli obok gazu mieści się płyn w worku opłucnowym. Do powstania innych brzmień amforycznych nie potrzeba wcale obecności płynu; jeżeli serce nie jest zanadto wyparte na stronę prawą, a ilość powietrza w worku opłucnowym jest dostateczna, tony sercowe, jeżeli są głośne i wysokie, mogą przez rosonancyję na gładkich ścianach worka opłucnowego się wzmocnić tak, że przybierają cechę dźwięku metalicznego.

3. W jamach płucowych (*cavernae*) wielkich rozmiarów, położonych w bliskości serca, można słyszeć tony sercowe metaliczne, lub rzężenia metaliczne równoczesne ze skurczem serca. Rzężenia wzniecone bywają przez wstrząśnienie ścian jamy, przez co treść miesza się z powietrzem, i tworzą się bańki, które pękają i resonują o gładkie ściany jamy; dla metaliczności tonów sercowych obecność płynu w jamie jest obojętną. Dźwięk tonów sercowych w tych przypadkach bywa rozmaity. Porównywano go do brzakienia cytry, do chrzęstu świerczka, lub do szelestu jaki słyszymy przy pocieraniu grzbietem noża o szklankę (Knauss). Warunkami, które ułatwiają pojawienie się tych objawów są: przerost lub przynajmniéj należyta jędrność serca, odsłonięcie serca i przyleganie takowego większą powierzchnią do klatki piersiowéj, retrakcyja płuca i zrośnięcie opłucnéj z workiem sercowym, nakoniec mała ilość części miękkich pokrywających klatkę piersiową, obok wielkości jamy a gładkości i zbitości ścian takowéj. Ponieważ rzadko się przydarza, by wszystkie te warunki znalazły się w jednym przypadku, przeto nie można się dziwić, że objaw ten należy do rzadkości.

4) W rozdęciu żołądka (*gastrectasia*) słyszeć można niekiedy tak w okolicy serca jakoteż dołka podsercowego tony sercowe metaliczne, jako tak zwane *cliquetis métallique* Laenneca czyli *tintement métallique du coeur* Bouillauda. Objaw ten stwierdził na sobie samym Laennec, osłuchując się przy rozdętym żołądku, na chorych zaś zauważali takowy Skoda, Déchambre, Gerhardt, Leichtenstern i inni. Gerhardt wspomina nadto o rzężeniach metalicznych, jakie słyszał w okolicy żołądka skutkiem uderzania serca o żołądek zawierający w sobie płyn i gazy w większéj ilości; powstają one w ten sam sposób, jak rzężenia amforyczne w jamach płucowych, które przylegają do worka sercowego. Nie tylko tony, ale i szmery śródsierdziowe mogą w żołądku nabierać dźwięku metalicznego (Leichtenstern). Warunkami niezbędnemi do powstania tego objawu są: wydęcie żołądka, gładkość jego ścian, mierny stopień napełnienia treścią pokarmową, ściślejsze przyleganie żołądka do przepony, należyta siła i pewna wysokość tonów lub szmerów sercowych, gdyż jak wszędzie tak i tu tylko pewne brzmienia mogą resonować w przestworach pustych.

5) W nagromadzeniu się powietrza w jamie otrzewnowéj, tak samo jak w przypadkach znacznego wydęcia żołądka gazami, słyszeć można niekiedy metaliczne tony aorty brzusznéj.

We wszystkich dotychczas wymienionych stanach chorobowych głównym warunkiem brzmienia metalicznego zależnego od ruchów serca była obecność przestworu pustego, tak dalece, że dźwięk metaliczny był oznaką rozpoznawczą jamy (*ein Höhlensymptom*). W dalszym ciągu poznamy stany chorobowe gdzie, bez obecności jamy, uderzenia serca, tony lub szmery sercowe wzniecają brzmienia amforyczne. I tak:

6) W nerwowém biciu serca osobliwie u chorych chudych, erctycznych lub u kobiet dotkniętych macicznicą napotykano niekiedy uderzenie serca, któremu towarzyszyło amforyczne brzmienie (*Spitzenstoss mit auskultatorischem Accent* P. Niemeyera), lub ton skurczowy z podźwiękiem amforycznym (Laennec, Corvisart, Fuller, Skoda, Friedreich). W przeważnéj liczbie tych przypadków znajdował się przerost lewéj komórki. Sposób powstawania tego zjawiska nie jest jeszcze dostatecznie wytłumaczony: podczas gdy jedni wywodzą takowe od silnego uderzania serca o klatkę piersiową, inni tłumaczą je bardzo silném napięciem i regularném wachaniem nitek ścięgnistych i brzegów zastawek żylnych.

7) W chorobach serca i tętnicy głównéj spostrzegano nieraz tony lub szmery amforyczne, które niekiedy przybierały cechę tonów muzykalnych i dały się słyszeć w znaczniejszém oddaleniu od chorego. Tak np.:

W miażdżycy pnia tętnicy głównéj, jeżeli zastawki są nietknięte, słyszy się w rzadkich przypadkach przy drugim tonie amforyczny dźwięk. Znany jest również przypadek niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównéj, gdzie rozkurczowy muzykalny szmer podobny był do gruchania gołębia i był tak silny, że przeszkadzał choremu we śnie (Banks); badanie pośmiertne wykazało, że zastawki półksiężycowe były podziurawione, tak że podobne były do łyżki, jakiéj się używa do szumowania rosołu.

Daleko liczniejsze przypadki odnoszą się do zwężenia ujścia tętnicy głównéj. Zebrał je Ebstein w rozprawie umieszczonéj w *Deutsch. Archiv f. klin. Medicin XXII.* 2, z któréj wyjmujemy następujące przykłady: Stokes opisuje przypadek, gdzie za życia słyszeć można było w odległości kilku cali od klatki piersiowéj szmer dźwięczny podobny do buczenia bąka, a badanie pośmiertne wykazało tylko nieznaczne zwężenie ujścia tętnicy głównéj przez zgrubienie, miażdżycę i skurczenie brzegu jednéj zastawki. Gubler widział przypadek, gdzie nad podstawą serca istniał dźwięk skurczowy, muzykalny, słyszalny w odległości, a przy sekcyi znaleziono w tętnicy głównéj płytę zwapniałą, ułożoną w poprzek naczynia. Przypadek Bouillauda odnosi się do zwężenia aorty przez zwapnienie zastawek, gdzie za życia istniał ostry, piłujący szmer, podobny do świergotu młodego kurczęcia. Chory Stokesa skarżył się tylko na to, że słyszy swój własny szmer podobny do bąka, tak że mu się wydaje, jakoby głowa jego była bąkiem; szmer ten polegał na przeroście lewéj komórki i skostnieniu w ujściu aorty. U innego chorego szmer skurczowy był tak głośny, że chory musiał porzucić zawód publiczny; badanie pośmiertne wykryło bardzo znaczne zwężenie ujścia tętniczego lewego przez wyrośle kostne, sterczące do wnętrza tętnicy.

W niedomykalności zastawki dwukończystéj rzadko zdarza się, by szmer skurczowy nabierał cech muzykalnych.

W niektórych przypadkach nie da się za życia odgadnąć na pewne podstawa anatomiczna szmeru dźwięcznego. Tu należy między innemi przypadek opisany przez prof. Dra Oettingera (*Przegląd Lekarski* 1874, str. 261), który dotyczył piekarczyka, lat 15 liczącego, dotkniętego powtórnie zapaleniem idiopatycznem stawów, gdzie obok tonu rozkurczowego słyszeć się dał najwyraźniéj nad podstawą serca, bliżéj prawego brzegu mostka, szmer rozkurczowy dźwięczny, podobny do dźwięku brabli czyli drumli.

8) W zrośnięciu blaszek osierdzia (*Obliteratio pericardii*) metaliczność tonów lub szmerów sercowych skutkiem podźwięku w żołądku ma być według najnowszych spostrzeżeń Riessa (*Berl. klin. Woch.* 1878, Nr. 51 i 1879, Nr. 23) najpewniejszą oznaką rozpoznawczą tego stanu chorobowego. Z czterech przypadków, opisanych przez autora, tylko jeden przypadek został stwierdzony sekcyją. W przypadku tym słyszalne były na dolnéj granicy serca i na przodkowéj powierzchni żołądka dwa tony, którym towarzyszył wyraźny podźwięk metaliczny; przy sekcyi znaleziono zrośnięcie worka sercowego z opłucną płuc za pomocą pasm ścięgnistych, zrost obu blaszek osierdzia, przerost i rozstrzeń obydwu komórek sercowych i liczne wyrośle na zastawkach. W przypadku drugim, gdzie niżéj koniuszka serca najdokładniéj słyszeć się dał ton skurczowy z wyraźnym muzykalnym podźwiękiem metalicznym, za zrostem osierdzia przemawiało przesunięcie uderzenia koniuszkowego ku wewnątrz i brak przesuwania się serca ku zewnątrz w położeniu boczném; żołądek nie był rozszerzony, a wydymanie takowego za pomocą kwasu węglowego nie miało wpływu na jakość i siłę podźwięku. W przypadku trzecim, u chorego z niedomykalnością zastawki dwukończystéj po zapaleniu stawów, szmer skurczowy od miejsca uderzenia serca aż do mostka, a w drugim kierunku aż do pępka okazywał wyraźny podźwięk amforyczny; za zrostem osierdzia przemawiał brak przesuwalności serca i obecność tętna przy wdechu znikającego (*pulsus paradoxus*). W przypadku czwartym przebył chory, pod okiem autora, w przebiegu zapalenia stawów zapalenie krwotoczne osierdzia, powoli rozwinęły się objawy niedomykalności zastawki dwukończystéj i zastawek półksiężycowych aorty i zapadanie się skurczowe koniuszka sercowego a wreszcie pojawiły się metaliczne tony na granicy między żołądkiem a sercem, które przybierały niekiedy własności pluskania metalicznego.

Riess tłumaczy sobie te objawy ściślejszém przyleganiem serca do przepony, a względnie do żołądka, w skutek czego przez resonacyję w żołądku powstają tony metaliczne, przez wstrząsanie zaś treści żołądkowéj pluskania metaliczne Okazuje się jednak, że spostrzeżenia Riessa nie są wcale nowe, gdyż już Fischer (1821) i Graves (1854) stwierdzali amforyczne szmery u chorych, u których sekcyja wykazała zrost osierdzia.

Powyższy szereg nie wyczerpuje jednakże wszystkich stanów chorobowych, wśród których przydarzyć się mogą brzmienia amforyczne zależne od ruchów serca. Dwa przypadki chorobowe, które pokrótce skreślimy, wykazują bowiem, że dźwięki amforyczne pojawić się mogą wśród warunków dotychczas nieznanych. Opis tych przypadków wydaje nam się tém bardziéj pożądany, o ile rozszerza wiadomość o znaczeniu rozpoznawczym dźwięków amforycznych, i chronić może od omyłek rozpoznawczych.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. O leczeniu śródmaciczném i o oddziaływaniu macicy przy témże.

Wykład miany w Tow. lek. krak.

przez Dra **M. Kohna.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31.)

Ginekolodzy w dwojakim celu używają gąbek prasowanych, a mianowicie w celu rozpoznawczym i w celu leczniczym. To drugie jednak zadanie jest tak ograniczone, a właściwie, jak o tém mówić później będziemy, przypadkowe, że gąbkę prasowaną tylko za narzędzie rozpoznawcze, a co najwięcéj leczenie przygotowujące uważać należy.

Gąbka prasowana użyta w celu rozpoznawczym znakomite oddaje nam usługi i często kanał macicy gąbką, sześć godzin w nim leżącą, tak rozszerzyć można, że każde miejsce jamy macicy wygodnie palcem obmacać można. Jeżeli jedną gąbką nie osiągnęliśmy skutku, po wystrzykaniu pochwy lekkim roczynem kwasu karbolowego zakładamy gąbkę drugą, a ta rozszerzy nam potem szyję maciczną dostatecznie. Czy w razie potrzeby jeszcze więcéj i ile gąbek użyć można,

jest jeszcze kwestyją sporną w świecie naukowym, a nawet tak śmiały operator jak Sims niechętnie używa więcéj niż dwóch gąbek, jednéj po drugiéj. Thomas Addis Emmet, mający olbrzymie w tym kierunku doświadczenie, śmiało używa i więcéj gąbek, aż cel zamierzony, tj. rozszerzenie kanału macicznego, zostanie osiągnięty. Główne niebezpieczeństwo w użyciu kilku gąbek na tém polega, iż pierwszą już lub drugą gąbką ogołaca się szyję maciczną z błony śluzowéj, a tak otwarta, że się tak wyrażę, rana, chłonie łatwo zatruwające składniki pochodzące ztąd, że gąbka dłużéj w macicy leżąca nader pochopną jest do rozkładu i gnicia. Następuje zazwyczaj zapalenie otrzewnéj okołomaciczne, podczas kiedy sam miąższ macicy nie ulega sprawie chorobowéj. Jest to, jak już raz wspomnieliśmy, niewytłumaczona dotąd przerwa w ciągłości stanu chorobowego (*Continuitätsstörung*).

Na 44tém Zjezdzie lekarzy i przyrodników niemieckich dyskusyja o téj sprawie była nader ożywioną, Grünewald uważał użycie kilku gąbek z kolei za niebezpieczne, Künecke trzy, Winkel dwa przypadki zapalenia otrzewny po użyciu kilku gąbek obserwowali, a Sims opisuje przypadek, w którym nastąpił tężec po wprowadzeniu gąbki prasowanéj w szyję maciczną. Ja 29 razy zakładałem po dwie, trzy, lub więcéj gąbek, jednę po drugiéj, zachowując tę ostrożność, że nigdy jednéj gąbki dłużéj niż sześć godzin w szyi macicznéj nie zostawiałem, a po każdém wyjęciu gąbki starannie przestrzykiwałem pochwę jednoprocentowym roztworem karbolowym. W jednym tylko przypadku nastąpiło lekkie zapalenie otrzewny okołomacicznéj, gdzie użyto 7 gąbek, jednéj po drugiéj i to już znacznéj grubości, gdyż macica już wcześniéj dobrze była rozszerzoną, lecz operator nie mając czasu do badania i operowania choréj mającéj polip, z dna macicy wychodzący, kazał daléj gąbki zakładać. Zdaniem mojém przypadki rzadko się zdarzające nie mogą nas wstrzymywać od użycia środków zresztą tak dzielnych, gdyż w takim razie przypadki śmierci przy operacyjach musiałyby także nasuwać myśl zaniechania operacyj, które tysiącom ludzi ratują życie i zdrowie, a świadomość tego tylko nakłonić nas winna do ścisłego przestrzegania wskazania i zachowania należytéj ostrożności.

Zakładamy gąbki, gdy mamy podejrzenie, że powodem nie ustępujących żadnemu leczeniu krwotoków jest polip usadowiony w jamie macicy; rozszerzywszy kanał macicy, możemy narzędziem takowy odkręcić, odciąć, wypalić. Czasem jednak po użyciu gąbki prasowanéj ustaje krwotok, a palcem badającym nic wymacać nie można, coby nam krwotok wytłumaczyło. W tych razach małe polipy, ziarna, lub jakieś wybujałości błony śluzowéj, będące powodem krwotoku, gąbką prasowaną zniszczone zostały i na tém ogranicza się właściwie czynność lecznicza gąbki, jak widzimy najczęściéj tylko przypadkowa. Sims wprawdzie opisuje przypadek, w którym zapomnianą przez dwa dni gąbką, którą w celu rozpoznawczym w szyję maciczną wprowadził był, zniszczył polipa macicy znacznéj wielkości, a Goldschmidt opowiada, że w 6 tygodni po porodzie, po wprowadzeniu gąbki macicznéj, odeszły cuchnące resztki łożyska, lecz w obu tych przypadkach czynność ta lecznicza była przypadkową, a w żadnym z nich właśnie w tym celu użycia gąbki zalecićby nie można. Do rozszerzenia ścieśnienia szyi macicznéj (*Stenosis*), czy to dla zniesienia bólów przy miesiączkowaniu, czy to w celu zniesienia niepłodności, tą mechaniczną przeszkodą wywołanéj, użycia gąbki prasowanéj zalecić mi nie podobna, gdyż w tępe rozszerzenie szyi macicznéj sposobem nie krwawym na czas dłuższy zupełnie nie wierzę. Barnes opisuje przypadek, w którym mimo znacznego zwężenia ujścia macicznego nastąpiła ciąża, a po przerwaniu jéj poronieniem w pięciu miesiącach, zwężenie znowu powróciło tak znaczne jak przedtém. A o ileż więcéj rozszerza ujście macicy płód pięciomiesięczny niż gąbka prasowana, choćby znacznéj grubości? Dlatego tylko w celu chwilowego rozszerzenia szyi macicznéj, czy to w celu rozpoznawczym, czy to do przygotowania czynności leczniczéj, gąbki używać winniśmy, a już to jéj zadanie czyni ją narzędziem nader potrzebném i wielkiéj doniosłości. Klencke (*Deutsche Klinik* Nr. 32, 1873) mówi, że przy przewlocznych zapaleniach macicy (*Metritis chronica*) używa przez kilka nawet tygodni gąbek prasowanych wywołując tém ustrój macicy podobny do połogowego (*puerperaler Zustand*), sprawiający następne szybkie zwijanie się macicy (*Involution*). Tożsamość jednak tego ustroju ani klinicznie ani histologicznie nie została stwierdzoną, a na samo przypuszczenie trudnoby było odważyć się na tak energiczne postępowanie, tém mniéj o ile, że ponieważ Klencke równocześnie wypalał macicę azotanem srebrowym, niewiadomo, któremu z dwu leków skutek przypisać należy. Używanie w *Dysmenorrhea spasmodica* przez Grailego Hewitta gąbek prasowanych umaczanych w wyciągu beladony (Banieri Cattoni i Mistler) i inne podobne próby, jako bezskuteczne zostały porzucone.

Z tego cośmy powiedzieli łatwo dojść do następującego wniosku: Gąbka prasowana jako nader cenny i dzielny środek do chwilowego rozszerzenia szyi macicznéj, w właściwy sposób przyrządzona i odpowiednio w szyję macicy wprowadzona, może być śmiało użytą, gdzie tego zachodzi potrzeba. Nie powinno się jéj dłużéj, nad sześć godzin pozostawiać w macicy, a lekarz zniewolony do założenia następnie drugiéj, starannie pochwę roztworem kwasu karbolowego przestrzykać powinien. Nie osiągnąwszy celu dwiema, można użyć przy téj ostrożności i trzeciéj gąbki, jeżeli chora nie skarży się na znaczniejsze boleści, co jest przeciwwskazaniem do dalszego w tym kierunku postępowania.

Pozostaje nam jeszcze tylko wspomnieć, że drążki blaszeńca palczastego gładkie i piękne tylko 3 do 4 razy swéj grubości się rozpulchniające dobre są do użytku tam, gdzie chodzi o nieznaczne tylko rozszerzenie szyi macicznéj. Nie sprawiają one żadnych złych następstw a wprowadzone w szyję maciczną, tak jak gąbki, tamponami muszą być umocowane, gdyż powoli pęczniejąc wysunęłyby się inaczéj z macicy. Drążki z korzenia Gentiany, Tupelo i z kości słoniowéj dekalcynowanéj (pozbawionéj w kwasach części anorganicznych) jako nieodpowiednie zostały z użycia wyrugowane.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Czyżewicz (we Lwowie): **Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za r. 1875 i r. 1876.** Lwów 1879, str. 66, w 8ce z tablicami.

W końcu roku 1876 poraz pierwszy ukazało się sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za r. 1874, a pojawienie się to powitano w Przeglądzie lekarskim (p. Rocznik 1877. Nr. 2) jako zapowiedź lepszéj przyszłości w nadziei, iż podobne sprawozdanie rok rocznie nadal ukazywać się będzie. Nadzieja ta

o tyle nie zawiodła, iż po upływie $2^1/_2$ roku mamy znów przed sobą dwa sprawozdania za następne dwa lata. Jak sprawozdanie za rok 1874 tak i te skreślił członek Rady zdrowia Dr. Czyżewicz.

Mimo najszczerszych chęci nie podobna nam wdawać się w rozbiór szczegółów, tak obficie w tych sprawozdaniach nagromadzonych, bo przy przeglądzie ich tyle nasuwa się uwag, tyle pouczających porównań, iż wypadłoby znacznie przekroczyć ramy zwykłego sprawozdania. Nie mamy też zamiaru streszczać tych sprawozdań, bo jak pierwsze sprawozdanie za r. 1874 tak zapewne i te rozesłane zostaną wszystkim lekarzom w kraju naszym, — chcemy tylko ogólnie słów kilka o tych sprawozdaniach powiedzieć i dać jak najogólniejszy ich przegląd. Jeżeli przy pojawieniu się sprawozdania za r. 1874 już samo ogłoszenie drukiem sprawozdania, jakie c. k. Rada zdrowia corocznie Rządowi przedkłada, było pocieszającém i zanotowania wymagającém zjawiskiem to obecnie z przyjemnością zaznaczyć nam wypada postęp na téj drodze: sprawozdania obecnie wydane są i obszerniejsze i dokładniejsze, lepszego więc z nich nabyć można pojęcia o stosunkach zdrowotnych kraju naszego.

Sprawozdanie za r. 1875 (str. 1—40) dzieli się na część ogólną i szczegółową. W pierwszéj autor omawia niektóre czynniki niekorzystnie na ogólny stan zdrowia w Galicyi wpływające jak brak organizacyi gminnéj, który sprawia że i najlepsze zarządzenia pożądanego nie odnoszą skutku, znaczną ilość świąt, targów, jarmarków przyczyniającą się do rozpróżniaczenia ludu i tak już do téj wady skłonnego itd., oraz zwraca uwagę na coraz większe szerzenie się kiły. Przechodząc do dat szczegółowych autor zastanawia się nad śmiertelnością ogólną, która się zmniejszyła w porównaniu z r. 1874 o 0·24% co pochodzi ztąd, iż w r. 1875 żadna choroba nagminna szerszych nie przybrała rozmiarów. Przy téj sposobności, równie jak w sprawozdaniu za rok poprzedni, autor podnosi niedostatki w prowadzeniu statystyki śmiertelności. W sprawozdaniu za r. 1874 nie podano dat odnoszących się do statystyki urodzin, w sprawozdaniu za r. 1875 znajdujemy odnośne daty. Cyfra urodzin w statystyce lekarskiéj jest nadzwyczaj ważną, bo dopiero obok niéj cyfra śmiertelności właściwego nabiera znaczenia. W r. 1875 urodziło się w Galicyi 266.265 dzieci a z tego żywourodzonych było 260.593. Odejmując od téj liczby cyfrę zmarłych 195.045 wypada jako przybytek ludności w Galicyi 65.548 tj. 1·20% ludności. Daléj autor omawia stosunki osób zawodu lekarskiego, szpitali, zajmuje się bardzo szczegółowo obłąkanemi (których liczba nieco się zmniejszyła), kretynami (których liczba zwiększyła się o 18%), głuchoniememi, domami położnic i podrzutków a w końcu zakładami zdrojowemi.

Kończą to sprawozdanie wnioski takie same jak sprawozdanie za r. 1874 tylko liczba ich jest o 3 większą a mianowicie Rada zdrowia wnosi całkiem słusznie: aby zbadano przyczyny znacznéj śmiertelności w niektórych powiatach, aby przywrócono domy podrzutków a względnie urządzono zakłady opieki nad niemowlętami, nakoniec aby obok ścisłego przestrzegania i uregulowania przepisów działalności akuszerek potworzono płatne posady akuszerek gminnych.

Co do sprawozdania za rok 1876 (str. 41—66) to nie rozpoczynają go żadne uwagi ogólne gdyż stosunki się nie zmieniły. Odsetek śmiertelności znów się nieco zmniejszył co, również jak w roku poprzednim, temu przypisać należy, iż żadna epidemija Galicyi nie nawiedziła. Z żalem nie napotykamy znów dat odnoszących się do statystyki urodzin natomiast bardzo szczegółowo opracowaną jest statystyka osób do usług lekarskich uprawnionych i statystyka obłąkanych (których liczba wzmogła się o 25%). Zresztą sprawozdanie to zawiera też same działy co sprawozdanie za rok poprzedni. I to sprawozdanie zakończone jest wnioskami w liczbie 11. Dziewięć jest powtórzeniem wniosków uczynionych już w sprawozdaniu poprzedniém, a dwa są nowe, jeden dotyczy pobudowania zakładów dla położnic i urządzenia ich odpowiedniego wymogom higijeny a drugi odnosi się do objazdżek powiatów przez lekarzy powiatowych.

W końcu broszury, oba sprawozdania obejmującéj, dodano tabelaryczne wykazy o rodzajach śmierci, o rodzajach śmierci gwałtownéj, wykaz odsetków śmiertelności, porównanie śmiertelności z lat 1871—1876, wykaz służby zdrowia, wykaz zakładów leczniczych, wykazy odnoszące się do obłąkanych, matołków, głuchoniemych, położnic, wykaz domów zaopatrzenia i ubogich, wykaz ruchu gości w zdrojowiskach i wykaz o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi.

Te dodane wykazy tabelaryczne są prawdziwą ozdobą tych sprawozdań, z nich bowiem dopiero powziąźć można niejakie wyobrażenie o najważniejszych stosunkach zdrowotnych każdego powiatu naszego kraju, a przytém umożliwiają one porównanie z innemi krajami. Ponieważ zaś cyfry zawsze stanowią argument najlepiéj *ad oculos* przemawiający, więc może przemówią one do Władz dotyczących że ludność Galicyi większéj, pod względem zdrowia, wymaga opieki aniżeli inne prowincyje i aniżeli ją dotąd otaczano, a przeto Władze te okażą się może w przyszłości więcéj względnemi na wnioski przez Radę zdrowia proponowane. Należy nam mieć pod tym względem nadzieję widząc od lat kilku przecież pewien, choć słaby, postęp na drodze poprawy zdrowia publicznego w naszym kraju. Już samo ogłaszanie drukiem tych cennych sprawozdań, które godnie stają obok podobnych wydawnictw innych krajów, a co do których to jedno wyrazilibyśmy życzenie aby się rok za rokiem i to nieco rychléj ukazywały, jest oznaką, że znajdujemy się na drodze ku lepszemu. Postęp ten, który po zorganizowaniu służby zdrowia szybszym krokiem zapewne postępować będzie, zawdzięczać wypada w części energii, znaczeniu i staraniom protomedyka Dra Biesiadeckiego ale także i pomocy, którą tenże znajduje w członkach c. k. kraj. Rady zdrowia. Nie bylibyśmy sprawiedliwemi gdybyśmy osobno nie wspomnieli tutaj pracy Dra Czyżewicza, któremu za trudy poniesione około ułożenia tych sprawozdań wielkie należy się uznanie. Najgorliwsi jednak pracownicy stygną zawsze w zapale gdy widzą że prace ich zamierzonego nie osięgają celu dlatego jeżeli już nie z innych względów to z tego życzyć nam wypada aby choć część wniosków Rady zdrowia rychło a przychylnie załatwioną została. *K. G.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Sprawozdanie z Walnego Zebrania Wydziału Lekarskiego Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z d. 24 czerwca 1879.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31.)

Następnie Dr. Kaczorowski mówił: „o stósowaniu żaru platynowego w chorobach macicznych“. Żegadło za pomocą rozpalonego żelaza stósowane, już to z powodu trudnego przysposobienia, już też przestraszającego wrażenia na

chorych, w nowszych czasach bywa coraz więcéj zaniedbywaném i prawie wyłącznie tylko w szpitalach praktykowaném. Platyna bowiem, za pomocą prądu galwanicznego rozżarzona, wkrótce znaczną wzięła przewagę nad rozpaloném żelazem nie tylko dla mniéj wstrętnego stósowania. ale także dla mniéj dotkliwego bólu, dowolnéj trwałości żaru i nadania mu subtelniejszych sposobów działania. Wszakżeż i żegadło galwaniczne nie wyszło daleko po za kliniki i szpitale. Dopiero wynaleziony przez Dra Paquelina przyrząd stał się dla każdego lekarza nad wyraz pożyteczném narzędziem, nie tylko celem wykonania bezkrwawych operacyj ale też jako środek zastępujący wszelkie żegadła chemiczne, jeżeli zamierzamy silniéj oddziaływać na chorobowe tkanki. Dość liczne rękoczyny wykonywane przez autora za pomocą żegadła cieplnego, mianowicie w guzach krwawniczych, w otokach opłucny, torbielach wieńcoglówkowych, w rakowcach i uklejach szyjki macicznéj, przekonały go o stosunkowo malém oddziaływaniu, jakie żar platynowy w tkankach wywołuje i skłoniły do coraz szerszego stósowania go w chorobach macicznych.

Operacyja nie sprawia prawie żadnych boleści a nawet bardzo wrażliwe kobiety takową dobrze znosiły. Również po operacyi żaden prawie niepożądany nie następuje odczyn. Najstósowniejszym czasem do operacyi jest kilka dni przed spodziewaną regularnością. Do powierzchownych przyżegań ust macicznych nadaje się duży wziernik szklany, który chora sama przytrzymywać może. Do odjęcia całéj szyjki macicznéj potrzebny jest wziernik Devrienna, utrzymujący się sam w pochwie i odsłaniający szeroko pole operacyjne. Stósując żegadło należy takowe wyjmować co parę sekund z pochwy, ażeby zapobiedz zbytniemu rozognieniu się wziernika i rozgrzaniu saméj macicy. Po operacyi zaleca się tylko codzienne wystrzykiwanie pochwy letnią wodą lub odwarem rumianku. W jeden, dwa, najdaléj trzy tygodnie w przypadkach przez Dra K. operowanych zabliźniały się rany powstałe po użyciu żegadła, stósownie do obszaru przyżegniętych części szyjki macicznéj.

W rakowcach macicy, jeśli nie zachodzi konieczność wyłuszczenia całego organu, żarowi platynowemu, zdaniem autora, należałoby przyznać pierwszeństwo przed nożem najzręczniejszych nawet chirurgów. Żegadło cieplne bowiem niszcząc nie tylko zwyrodniałe części, ale żarem rozchodzącym się na wszystkie strony, przeistaczając cały pas ościennych włókien na pozór zdrowych, lecz kryjących już mnogie komórki rakowe, korzystniejsze nastręczać winno szanse, aniżeli nóż otwierający naczynia, do których się zarodki złośliwego nowotworu łatwo wślizgnąć mogą. Nadto przy krwawéj operacyi potrzebny jest chloroform, potrzeba macicę mocno wyciągnąć na zewnątrz i utrata krwi jest znaczna, czego nie ma przy metodzie bezkrwawéj.

Co powiedziano o rakowcach, odnosi się także do uklei macicznych.

Prócz tego żar platynowy znamienite oddaje usługi w zwyczajnych zapaleniach macicy, mianowicie w tak uporczywych nieżytach i owrzodzeniach szyjki.

Zdaniem prelegenta wycięcia błony śluzowéj, tak zachwalane obecnie w długotrwałych nieżytach szyjki macicznéj, dają się zupełnie zastąpić wypalaniem za pomocą żaru platynowego. Rękoczyn wykonywa się stożkowatém żegadłem w dłuższych przerwach, po kilkakroć do szyjki macicznéj wkładaném tak długo, dopóki się zwyrodniałych brzegów ust macicznych i całéj błony śluzowéj szyjki nie zniszczy. Operacyja ta nie sprawia bólu, nie wymaga żadnego opatrunku i dozwala chorym używać ruchu na świeżém powietrzu. Po operacyi zaleca się wystrzykiwanie pochwy lekkim odwarem rumianku lub ogólne kąpiele, celem oczyszczenia pochwy z bardzo obfitéj wydzieliny surowiczéj, która się z razu z macicy dobywa, a późniéj celem ułatwienia odłączenia się strupa zwęglonego. W tydzień, najdaléj w dwa tygodnie następuje zabliźnienie; szyjka maciczna kurczy się i macica sama, jeśli była poprzednio zwiększona, ściąga się w uderzający nieraz sposób i tak nikną rozmaite dolegliwości, powstające w skutek powiększenia się macicy.

W rozprawie nad tym przedmiotem Dr. Koszutski zapytuje prelegenta, czy po przyżegiwaniach nie następuje zwężenie szyjki macicznéj, na co Dr. Kaczorowski odpowiada, że dość obfite ropienie, trwające przez kilka dni po operacyi, zapobiega wytworzeniu się ściśnienia. Dr. Koszutski i Dr. Świderski przytaczają, iż używali dawniéj z dobrym skutkiem kwasu chromowego, ostatni od niejakiego czasu stósuje wyłącznie żegadło cieplne, które działa głębiéj aniżeli kwas chromowy i po kilka razy dobre osiągał wyniki. Również Dr. Zielewicz z dobrym skutkiem używał termokauteru, który już dla saméj wygody przewyższa wszystkie inne środki. Dr. Niklewski (z Jarocina) namienia, że już od dawna w chorobach macicznych używa rozpalonego żelaza i że nigdy ani nadzwyczajnéj bolesności, ani żadnych innych niemiłych nie spostrzegał objawów, wynik zaś leczenia był również pomyślny.

W końcu Dr. Wicherkiewicz namienia, że w tych dniach miał sposobność spostrzegania węgrowca w ciałku szklaném i że bliższe o tym przypadku szczegóły poda na najbliższém posiedzeniu.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. Jerzykowski sekretarz.

V. Zbiór pism hippokratowy w świetle nowożytnéj krytyki.

Wyłożył na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. dnia 4 czerwca 1879

Prof. Dr. **Józef Oettinger.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

2) Księga przepowiedni czyli rokowań (Προγνωστικόν, *Praenotiones*, *Prognostica*) należy do dzieł najwyborniejszych, w któréj metoda wyżéj wskazana znajduje świetne zastósowanie do dziedziny semiotycznéj. Rokowanię jest jedną z cech najwybitniejszych, odznaczających lekarstwo hippokratyczne, gdyż wynika ze wzmiankowanego wyżéj kierunku ogarniania, ile można, całości, nie poświęcania jéj nigdy szczegółom, a więc i w postrzeganiu zjawisk ma on przeważnie zwróconą uwagę na ich stosunek do całego ustroju, o ile mu wróżą dolę pomyślną, ciężką lub zgubną. Jak dzisiaj w zadaniu lekarza góruje usilność skierowana ku rozpoznaniu, ku zbadaniu ile można wszystkich szczegółów, tak w szkole hippokratycznéj najpewniejsza ochrona od błędu, przy braku odpowiednich środków ułatwiających szczegółowe śledzenie, polegała na bystrém i trafném pochwyceniu obrazu ogólnego o ile w nim równoważą się zgodnie wszystkie sprawy, czy też harmonija jest i w jakim stopniu zagrożona? gdyż wątpliwości nie ulega, że im cierpienie lub uszkodzenie lub zgoła przypad jest groźniejszy, tém widoczniéj wpłynie on i odbije się na doli ogólnéj; a jeżeli nie podobna wykryć dokładnie istoty choroby, to dla lekarza najważniejszą jest rzeczą wiedzieć, o ile ona mniéj lub więcéj jest dla życia niebezpieczna. Rokowanie też u Hippokrata ma bardzo rozległe znaczenie odnosząc się nie tylko do przyszłości, ale obejmując równie przeszłość jak i obecność (τά τε παρεόντα, καὶ τὰ προγεγονότα, καὶ τὰ μέλλοντα ἔσεσθαι) czyli cały przebieg choroby. Pod tym względem medycyna starożytna jest zbawienném uzupełnieniem nowożytnéj; ostatnia zajmuje się głównie szczegółami, pierwsza całość ustroju ma na oku. A jak cudnie podsłuchana i schwycona jest przyroda w tych przekazanych nam od wieków obrazach, zniewalających wdziękiem prostoty, jędrności i bijącéj w oczy prawdy; owa znana powszechnie twarz hipokratyczna jak mistrzowskiém piórem jest skreślona! wyzywa ona do współzawodnictwa pędzel malarza lub dłuto rzeźbiarza. Jak trafne są uwagi wyprzedzające jéj opis i po nim następujące. „W chorobach ostrych należy baczyć na twarz chorego, czy jest podobna do zdrowych, głównie zaś, do siebie saméj, bo taka jest najlepsza; najgroźniejsza zaś ta, co się różni najbardziéj od zwykłéj.“ A do złowróżbnych

rysów dodaje przezornie: „jeżeli reszta znaków nie stwierdza złéj wieszczby, należy się wywiedzieć, czy chory może niedosypiał, czy téż nie dolegała mu silna biegunka lub głód, a jeżeli się do tego przyzna, mniéj te rysy są groźne, ale się to rozstrzygnie w ciągu doby, czy owe przyczyny taką twarz zrządziły.“

3) Aforyzmy (Ἀφορισμοί). *Aphorismi.* Księga ta przez Rufusa podzielona na 4, przez Soranosa na trzy części, już za Galena, a zapewne dość długo przed nim, składała się z siedmiu, dzisiaj z ośmiu rozdziałów, których różna liczba atoli, nie zmieniła bynajmniéj ani saméj osnowy, ani następstwa i kolei pojedyńczych ustępów, jakie już mieli przed oczyma najdawniejsi objaśniacze tego pisma z epoki rozkwitu szkoły aleksandryjskiéj Glaukias i Bakchios.

Rozdział tylko ósmy jest pochodzenia późniejszego a zatém nie może być przyznany Hippokratowi i jak wykrył Littré jest wyjątkiem z innéj, przez tegoż badacza odnalezionéj, księgi należącéj także do zbioru hippokratowego a zwanéj długo za zagubioną pod napisem: O siedmiinach (περὶ ἑβδομάδων). Co do prawdziwości tamtych siedmiu nigdy nie było najmniejszéj wątpliwości.

Aforyzmy stosunkowo jeszcze najwięcéj są znane i najczęściéj bywają przytaczane uchodząc za płód najdoskonalszy słynnego lekarza, za skupioną jego i spotęgowaną mądrość. Mniemanie to grzeszy przesadą. Już sam skład urywkowy dzieła, ze zdań odrębnych z pominięciem ich węzła loicznego lub wypływającego z doświadczenia, acz celuje zwięzłością i gienijalną przenikliwością, jest jakby zbiorem tylko ułamków, lub ustępów końcowych wielu innych prac obszernych. A jak wykaz np. wszystkich rozdziałów i wstępnych napisów tak i szereg długi samych końcowych wypadków nie może być ani pełnym wyrazem ani nawet sprawiedliwą miarą wartości całéj rozległéj działalności autora, któréj tylko skróconym niejako są znakiem. Potrzeba koniecznie w myśli uzupełnić ten wątek przerwany, co jeżeli dla spółczesnego czytelnika oswojonego z tokiem wykładu i zasadami pisarza, może nie mieć wielkiéj trudności: to przeciwnie dla pokolenia oddalonego o lat niemniéj jak 2.300, a wyrosłego i wykształconego śród wyobrażeń wcale odmiennych, jest zawadą nieposlednią do należytego rzeczy zrozumienia i ocenienia. W każdym razie nie chcąc się narazić na zawód lub sąd mylny bo dorywczy, potrzeba wprzód przenieść się na odpowiednie stanowisko przez zapoznanie się z zasadami starożytnéj nauki, z czego wynika, że już dla téj przyczyny aforyzmy nie nadają się do pierwszego czytania, do wstępnego powitania Hippokrata.

Oprócz tego utwór, o którym mowa, mniéj niż którykolwiek inny, uwydatnia siłę gienijalną i rdzenną wartość autora, która nie tyle polega na zdobytych ostatecznych wypadkach, ile na trafnéj metodzie badania, na schwyconéj bystrze równowadze między wrażeniem zmysłowém a zużytkowaniem go umysłowém, na niezrównanéj zdolności osiągania wielkich celów skromnemi środkami, na wykładzie jasnym, prostym a pełnym świeżości i wdzięku. Wszystkie te wielkie zalety giną w uszykowanych jednostajnym szeregiem urywkach, które znowu same przez się, mimo nieprzedawnionéj trafności bardzo wielu z nich, skutkiem przeobrażeń i postępu nauki, nie wszystkie w obec stanowiska dzisiejszego ostać się mogą. Ale bo też nie w pojedyńczych szczegółach, które zawsze są względne, tkwi wysoka wartość wielkich wzorów starożytnych, lecz w sposobie zastosowania swych zdolności i środków do celów rozległych a wspaniałych, w otwieraniu błyskami gienijuszu nowych widnokręgów i dróg badania.

Pierwszy aforyzm jest powszechnie znany i często powtarzany, ale tylko w części swéj początkowéj, przytaczam go przy téj sposobności w całości, gdyż każdy wyraz ma głębokie znaczenie.

„Życie krótkie, sztuka długa, sposobność przelotna, doświadczenie zawodne a sąd trudny. Winien zaś (lekarz) nie tylko sam przykładać się do tego co potrzeba, ale i chory i przytomni i wpływy zewnętrzne.“

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Zjazd 52gi lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w r. b. w Baden-Baden od 18 — 24 września. Zapowiedziane są na posiedzenia ogólne, których będzie trzy, wykłady Kussmaula, Hermanna, Birch-Hirschfelda, Eckera, Goltza, Jägera i t. d.

* Radzca dworu prof. Heschl został mianowany członkiem kraj. dolno-austryjackiéj Rady zdrowia w miejsce Radcy dworu Langera mianowanego członkiem najwyższéj Rady zdrowia.

Statystyka epidemij. Ospa bardziéj jeszcze w Londynie złagodniała. Umarło wprawdzie 6, lecz zapadło świeżo tylko 17, leczy się w szpitalach jeszcze 137 osób. W Paryżu i Petersburgu rzadsze są przypadki ospy, nieco więcéj umarło w Wiedniu, Budapeszcie, Warszawie, Barcelonie, Lizbonie i Genewie. Z krztuśca umarło w Wiedniu tylko 7 osób. Biegunki u dzieci bywają łagodniejsze.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 30 (od 20 do 26 lipca) umarło w Krakowie osób 27; roczna śmiertelność na 1.000 mieszkańców wynosiła 24,8; we Lwowie 21,0; w Warszawie 23,6; w Poznaniu 29,8; w Wiedniu 24,3; w Budapeszcie 36,8; w Pradze 32,9; w Bazylei 23,7; w Berlinie 32,2; w Wrocławiu 26,2; w Monachijum 30,8; w Dreźnie 18,8; w Brukseli 19,2; w Paryżu 22,6; w Londynie 17,7; w Chrystyjanii 22,6; w Petersburgu 32,9; w Odessie 49,5; w Bukareszcie 33,3. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych: 1 osoba z ospy, 1 z dławca, 1 z róży. W tygodniu 31 doniesiono o następujących przypadkach: 1 błonicy (z Podgórza), i 1 płonicy (z Mogiły). *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, d. 7 sierpnia. Z powodu uroczystości umieszczenia tablicy pamiątkowéj na domu, w którym urodził się Karol Rokitansky w Królodworze, przesłano w d. 3 bm. w imieniu kolegijum profesorów tutejszego Wydziału lekarskiego telegram następującéj treści:

Do Komitetu obchodu Rokitanskiego w Królodworze (Königgrätz).

Nie mogąc stanąć osobiście pozdrawiają uczestników obchodu i przesyłają wyrazy wysokiéj czci dla pamięci nieśmiertelnego i nieodżałowanego Mistrza.

Członkowie Wydziału lek. Uniw. Jag.

Według nadesłanych nam wykazów było dotąd w Cieplicach czeskich gości 8.880, a w Krymicy 1815.

(G) W angielskiéj Izbie wyższéj Lord Trouro uczynił wniosek o drugie czytanie prawa przeciw okrutnemu obchodzeniu się ze zwierzętami, którego głównym celem jest usunięcie wiwisekcyj. Wniosek atoli napotkał na silną opozycyję i upadł.

(G) Panna D. Roza Welt rodem z Wiednia, która stopień Dra med. otrzymała w Bernie, a za zezwoleniem ministerstwa uczęszczała w ostatniém letniém półroczu na wykłady oftalmologiczne prof. Mauthnera we Wiedniu, została zamianowaną asystentem katedry okulistyki na Uniwersytecie berneńskim.

Paryż. W dniu 15 lipca r. b. odbyło się rozdanie nagród w Akademii lekarskiéj francuskiéj za r. 1878. P. Burcq gorliwy szermierz Metaloskopii otrzymał z nagrody Barbier (która

w całości rozdzieloną nie została) kwotę 2.000 fr. tytułem zachęty: „aby daléj prowadził badania nad działaniem terapeutyczném metali nie przesądzając aby przez to Akademija za jego oświadczała się teoryją“ *(sans pour cela se porter garante de ses theories)*. Z téj saméj nagrody otrzymał Dr. Roussel 1.000 fr. za swe prace nad przetaczaniem krwi. Z nagrody Desportes, także całkowicie nie przyznanéj, otrzymał Dr. Lambert z Nicei również tytułem zachęty kwotę 1.000 fr. za prace nad wpływem zgęszczonego i rozrzedzonego powietrza (za pomocą przenośnego narządu pneumatycznego) na chorobypłuc i serca.

Mianowania i odznaczenia. Znakomity antropolog Broca w Paryżu mianowany został oficerem legii honorowéj. — Hydropata Dr. Schlechta-Siedmihorsky w Wartenbergu otrzymał tytuł radzcy rządowego. — Lekarz pułkowy Dr. Weissbach, obecnie lekarz naczelny austryjackiego szpitala na przedmieściu Pera w Konstantynopolu, autor dzieła: *Ueber Körpermessungen*, w którym złożył wyniki swych badań dokonanych na mieszkańcach wyspy Jawy, na Brazylijczykach, Hottentotach, Kafrach, Chińczykach, Japończykach itd., otrzymał złoty medal dla sztuk i umiejętności *(für Kunst u. Wissenschaft)*.

Wiadomosci osobowe. Dr. Chiari ma otrzymać opróżnioną po prof. Klobsie posadę prosektora w szpitalu Rudolfa. — Prof. Röll dyrektor zakładu weterynarskiego w Wiedniu prosił o uwolnienie go od obowiązków dyrektora, a ewentualnie i od obowiązków profesora.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 15. Grabowskiego: Przegląd sposobów usuwania nieczystości z miast; w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 5. Minkiewicza: Miejscowe znieczulenie za pomocą rozpylonego eteru (c. d.); Zieleniewskiego: O ruchu i rozwoju Krynicy (c. d.); Dra Pawińskiego: Krytyczny rozbiór dzieła: *Des Dyspepsies etc. par le Dr. Raymond*; w *Medycynie* Nr. 31: Gajkiewicza: O porażeniu ośrodkowém nerwu rozocznego i wywołaném przez to zboczeniu sprzężném oczów (dok.); Dymnickiego: Przypadki przymiotu leczone w Busku w r. 1878 (c. d.). Jaką być winna służba zdrowotna w Warszawie?

Redakcyja otrzymała:

Edw. MADEJSKIEGO (we Lwowie): O potrzebie zreformowania dotychczasowego ochronnego szczepienia od ospy z projektem powszechnego szczepienia wprost z krów. Lwów 1879, in 8vo, str. 58.

Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za r. 1875 i 1876 Lwów 1879, 8ka, str. 65, z kilkunastu tablicami.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

Nr. 570.

KONKURS.

W celu prowizorycznego obsadzenia opróżnionéj posady lekarza miejskiego w Andrychowie niniejszy konkurs. z płacą roczną 200 złr. a. w. rozpisuje się niniejszy konkurs.

Ubiegający się o tę posadę mają wnieść do tutejszéj Rady gminnéj swoje należycie udokumentowane podania najdaléj do 15 sierpnia 1879.

Zwierzchność gminna miejska.

Andrychów 26 lipca 1879.

Burmistrz
Gayczak.

Z dniem 1 Pazdziernika r. b. zostanie opróżnioną w chirurgicznéj méj klinice prywatnéj posada asystenta z płacą roczną 500 marek i zupełném utrzymaniem. Pasadę tę i nie pruscy lekarze uzyskać mogą.

Dr. Rydygier
w Chelmnie w Prusiech.
(Kulm in West-Preussen.)

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 16 sierpnia 1879. № 33. Rok XVIII.

I. Spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki lekarskiéj krakowskiéj.

Przez prof. Dra Korczyńskiego.

V.

Dwa przypadki metalicznych tonów sercowych skutkiem podźwięku w jamach rozpadowych położonych w sąsiedztwie żołądka.— Znaczenie rozpoznawcze metalicznych objawów przysłuchowych zależnych od ruchów serca.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Przypadek I. Wincenty Calikowski, stróż domu, lat 60 liczący, przybył do kliniki dnia 17 grudnia 1878 r. Rodzice chorego pomarli w podeszłym wieku; rodzeństwo ma być zdrowe. Z wyjątkiem zimnicy (w 10 roku życia) nie przebywał żadnéj ważniejszéj choroby. Obecna choroba miała się rozpocząć we wrześniu 1878 r. bólami w dołku podsercowym, które stale zwiększały się po użyciu pokarmów, nudnościami, brakiem łaknienia i uczuciem kwaśnego smaku w ustach. Okolica żołądka miała być przy najlżejszym ucisku bolesną. Od czasu do czasu pojawiały się wymioty wodniste, w których niekiedy znajdować się miały skrzepy krwi. Wśród tych przypadków chory chudł i słabł coraz bardziéj. W pierwszych dniach grudnia 1878 r., jak chory twierdzi, po spożyciu kawałka mięsa powstać miały nagle w okolicy żołądka bóle tak znaczne, jakich chory przedtém nigdy nie doznawał, które rozszerzały się na całą lewą połowę klatki piersiowéj. Wkrótce pojawił się kaszel i duszność a ból, zrazu tępy w klatce piersiowéj, zamienił się na dotkliwe kłucie, które zwiększało się przy kaszlu i głębszém oddychaniu. Ponieważ mimo zastósowania środków domowych stan chorego z każdym dniem się pogarszał, rodzina nakłoniła chorego do udania się do kliniki.

Nazajutrz po przyjęciu chorego stwierdzono: Wychudnienie znaczne, rysy twarzy zaostrzone, skóra blado-ziemista, błony śluzowe bardzo blade, kończyny dolne w nieznacznym stopniu obrzmiałe, tętno małe w liczbie 104, ciepłota pod pachą 37·8° C., kończyny chłodne, twarz zimnym potem oblana, upadek sił znaczny.

L e w a s t r o n a klatki piersiowéj mniéj ruchoma, dolne przestwory międzyżebrowe zapadają się przy wdechu, przy dotykaniu są bardziéj napięte i bolesne, a drżenie klatki piersiowéj w dolnych częściach upośledzone. Stłumienie odgłosu wypukowego w położeniu poziomém w linii pachowéj środkowéj rozpoczyna się od dolnego brzegu 6go żebra, z tyłu w położeniu siedzącém od górnego brzegu 10go żebra; granica stłumienia przy zmianie położenia jest ruchoma, a po nad stłumieniem przebija odgłos bębenkowy. W górnych częściach wdech szorstko-pęcherzykowy, w dolnych pęcherzykowy słaby, z wydechem słabo słyszalnym. W płucu p r a w é m objawy rozedmy miernego stopnia i nieżytu oskrzelowego suchego. Chory prawie wcale nie kaszle i nic nie odkrztusza; nawet przy spokojném leżeniu skarży się na dotkliwy tępy ból w całéj lewéj połowie klatki piersiowéj, który przy głębszych ruchach oddechowych zamienia się na kłucie dokuczliwe, jak niemniéj na pieczenie w dołku podsercowym, które zwiększa się po użyciu najmniejszéj ilości płynu.

Uderzenie koniuszkowe serca dosyć silne widzieć i wymacać można w 5tym przestworze międzyżebrowym na przestrzeni 4 cm., takowe nie przekracza linii sutkowéj. W dołku podsercowym rozlane wstrząśnienie. Stłumienie w okolicy serca zajmuje znaczniejszą przestrzeń, sięga bowiem od górnego brzegu 4go żebra i od połowy mostka na 2 cm. po za linię sutkową i po za uderzenie koniuszkowe (dolnéj granicy z powodu zchodzenia się ze stłumieniem wątroby oznaczyć nie można). Tony sercowe nad zasadą serca czyste, a towarzyszy im ściśle odgraniczone przedskurczowe tarcie. Nad uderzeniem koniuszkowém osłuchując za pomocą słuchawki, a jeszcze wyraźniéj przy osłuchiwaniu bezpośredniém s ł y c h a ć o b y d w a t o n y z w y r a ź n y m p o d ź w i ę k i e m a m f o r y c z n y m.

Brzuch w dołku podsercowym wzdęty. Wymiary żołądka powiększone. Okolica żołądka i podżebrza prawego przy

najlżejszym ucisku bolesna; z tego powodu, jak niemniéj dla silnego napinania mięśni brzusznych dokładniejsze obmacanie jest niemożebne. Wymiary stłumienia wątroby zwiększone. Biegunka wodnista miernego stopnia.

Dnia 20/12. Zapad większy. Bole w dołku podsercowym dręczą chorego bez przerwy i odbierają mu sen w zupełności. Ciepłota ranna 37°, wieczorna 38° C. Liczba oddechów 28, tętno w liczbie 120 ledwie się daje wymacać. Obszar odgłosu bębenkowego po stronie lewéj klatki piersiowéj powiększył się, a mianowicie zajmuje takowy całą przodkową powierzchnię klatki piersiowéj aż do stłumienia serca, sięga po za stłumienie serca ku pasze i przechodzi na tylną powierzchnię klatki piersiowéj, gdzie zajmuje przestrzeń od połowy łopatki aż do dolnego kąta takowéj. Na całéj téj przestrzeni czuć i słyszeć można przy każdym wdechu i wydechu tarcie opłucnowe. Również powiększył się rozmiar stłumienia w dolnéj części klatki piersiowéj po stronie lewéj, gdyż w postawie siedzącéj stłumienie rozpoczyna się na wysokości kąta łopatki. W górnéj części wdech pęcherzykowy, w dolnéj prawie wcale nie słychać szmerów oddechowych. Osłuchując w pasze po stronie lewéj słychać w postawie siedzącéj najwyraźniéj w wysokości 6go żebra na szczycie każdego wdechu kilka bardzo wyraźnych wysokich metalicznych dźwięków. Każdy dźwięk przypada równocześnie z tętnem, nie przedstawia się jednakże jako metaliczny ton sercowy, lecz jako dźwięk podobny do *tintement métallique* w odmie piersiowéj. Wstrząsanie klatką piersiową nie wznieca żadnego objawu przysłuchowego. Uderzenie serca słabsze. Stłumienie występuje w większym rozmiarze, aniżeli dnia poprzedniego, sięga bowiem od górnego brzegu trzeciego żebra a w wymiarze poprzecznym od lewego brzegu mostka na kilka cm. na zewnątrz od linii sutkowéj i okazuje w całości kształt trójkąta zwróconego podstawą ku dołowi. Nad górną częścią stłumienia czuć i słyszeć można skurczowe tarcie i tarcie na szczycie wdechu równoczesne z ruchami serca. Tony sercowe więcéj tępe, tylko drugi ton nad uderzeniem koniuszkowém przy osłuchiwaniu bezpośredniém okazuje niekiedy podźwięk metaliczny.

Dnia 21/12. Brzuch wzdęty, bardzo bolesny w części górnéj. Zapad bardzo wysokiego stopnia, tętno ledwie macalne, sinica, śpiączka. Tony sercowe zaledwie dają się wyróżnić z pośród szmerów osierdziowych trących i nie mają najmniejszego śladu metaliczności. Dźwięki metaliczne na bocznéj części klatki piersiowéj znikły zupełnie.

W nocy tego samego dnia chory zakończył życie. Rozpoznanie kliniczne opiewało: Przedziurawienie żołądka przez raka żołądka (wrzód przeszywający?), następowe zapalenie lewéj opłucnéj, worka sercowego i osierdzia, z prawdopodobieństwem istnienia odmy opłucnowéj.

Sekcyja wykonana w dniu 23/12 (Doc. Dr. Browicz) wykazała: *Carcinoma epitheliale exulcerans ventriculi subs. circumscripta peritonitide adhaesiva et infiltratione carcinomatosa lobi sinistri hepatis. Pericarditis sero-fibrinosa recens. Exsudatum pleuriticum sinistrum fibrinoso-serosum subs. compressione lobi inferioris pulmonis sinistri. Endarteriitis chronica deformans levioris gradus aortae thoracicae descendentis, nec non disseminata aortae abdominalis. Croup membranae mucosae intestini ilei et crassi. Oedema pulmonis utriusque recens. Polyposis ventriculi.*

Ustępy z protokółu sekcyjnego, odnoszące się do naszego przedmiotu, brzmią jak następuje:

W lewéj jamie opłucnowéj mierna ilość płynu surowiczego mętnego, w którym pływają liczne płatki wypociny żółtawéj, kruchéj. Opłucna żebrowa i płucna, pokryta mierną ilością płatków włóknikowych, nigdzie ze sobą nie spojone. Brzegi płuca lewego blade, dolny płat siny, wiotki, łykowaty. Na rozkroju płat dolny ciemno czerwony, prawie bezpowietrzny; górny zaś zalewa się nieznaczną ilością płynu surowiczego, bladego, pienistego. Płuco prawe szczytem i tylnym brzegiem przyrośnięte lekko do klatki piersiowéj pasmami wiotkiemi, które dają się łatwo rozedrzeć. Miąższ płuca na rozkroju zawiera wszędzie powietrze i zalewa się obficie cieczą pienistą, krwawą. Gruczoły oskrzelowe prawidłowe; tylko niektóre barwikowe, zbitsze.

Worek sercowy pokryty wypociną włóknikową. Osierdzie ścienne zgrubiałe, pokryte obficie żółtawym, kruchym, łatwo zeskrobać się dającym pokładem wypociny, pod którą widać żywoczerwone drzewkowate nastrzykanie, a gdzieniegdzie wybroczynę w postaci drobnych, ciemno-czerwonych punkcików. Jama osierdziowa zawiera do $^3/_4$ litra płynu żółtawego, mętnego, w którym pływają skrzepy włóknika. Osierdzie trzewowe nierówne, najeżone, pokryte grubą warstwą takiejże wypociny, jak osierdzie ścienne. Ciągłość worka sercowego nigdzie nie naruszona, tylko część położona po nad lewym płatem wątroby ścieńczała, sinawo zabarwiona. Serce wielkości prawidłowéj, mięsień blado-czerwonawy w warstwach podosierdziowych żółtawy, zbitość mięśnia sercowego nieco zmniejszona. Pojemność obydwu komórek prawidłowa, jamy wypełnione nieznaczną ilością ciemnoczerwonych świeżych skrzepów. Śródsierdzie i zastawki cienkie, blade, gładkie, lśniące.

Po otwarciu żołądka widać w lewéj jego połowie na przodkowéj powierzchni w miejscu przylegającém ściśle do lewego płatu wątroby zupełny ubyt ścian żołądka wielkości talara, przez który wejść można w głąb lewego płatu wątroby. Brzegi otworu otaczają w kształcie wału liczne miękkie wyrośle grzybowate zajmujące całą lewą połowę żołądka, na których znajduje się obumarła strzępiata błona śluzowa pokryta miazgą na wpółpłynną a w części cieczą brudno-ropiastą. Górny brzeg tych wyrośli ograniczony jest grubym, mocno odwiniętym wałem z tkanny bladéj, soczystéj, który dochodzi do miejsca, gdzie przełyk przechodzi w żołądek. Z dala od brzegów ubytku, dopiero co opisanego, widać kilka guzków szypułkowatych lub osadzonych na szerokiéj podstawie; dochodzą one do wielkości orzecha włoskiego, są miękkie, nieco przesuwalne, na przekroju blade lub różowe.

Wątroba w płacie lewym powiększona. Torebka na płacie prawym cienka, gładka, przeświecająca; miąższ bladobrunatny, prawidłowéj zbitości, okazuje niedokładny rysunek zrazików. Dolna powierzchnia lewego płatu wątroby zlepiona z żołądkiem w obwodzie za pomocą wypociny włóknikowéj, w środkowéj części zaś przechodzą w nią bez ścisłego odgraniczenia wyrośla grzybowate z żołądka, tak że w środku płatu znajduje się jama wielkości sporego jaja, do któréj, jak wyżéj namieniono, prowadzi otwór z żołądka. Ściany téj jamy utworzone są w części przez przodkową ścianę żołądka nowotworowo zwyrodniałą, a w części przez guzy jednostajne, białawe, soczyste, w lewym płacie wątroby usadowione, dość ściśle od miąższu wątroby odgraniczone, w częściach stanowiących bezpośrednie odgraniczenie jamy powierzchownie rozpadłe. Guzy te dochodzą aż do górnéj powierzchni lewego płatu i są tu zlepione za pomocą wypociny żółtawéj, kruchéj z przeponą również powierzchownie zni-

szczoną. Wnętrze jamy jest nierówne, strzępiaste, pokryte miazgą na w pół płynną.

Gruczoły kreskowe prawidłowej wielkości i zbitości.

Badanie pośmiertne stwierdziło więc rozpoznanie kliniczne z wyjątkiem odmy piersiowéj, któréj domyślano się na podstawie amforycznych objawów przysłuchowych, zmienności granic wypociny opłucnowéj i rozległego odgłosu bębenkowego. Jako przyczynę metalicznych tonów sercowych i brzmień metalicznych w pasze lewéj wykryła sekcyja jamę, która powstała z rozpadu nowotworu rakowego, leżała między żołądkiem a lewym płatem wątroby i stała w bezpośredniém połączeniu z żołądkiem. Na usprawiedliwienie tego twierdzenia przytoczyć możemy następujące dowody:

1) Przy braku odmy piersiowéj, osierdziowéj lub otrzewnowéj, zrostu osierdzia, lub zmian jakichkolwiek w sercu, a obecności tylko miernego stopnia sprawy miażdżycowéj w pniu aorty, metaliczność tonów sercowych pochodzić mogła tylko od resonancyi w żołądku lub jamie rozpadowéj.

2) Resonancyją w żołądku wydętym (a rozmiary żołądka w naszym przypadku były większe) możnaby wytłumaczyć tylko metaliczne tony sercowe nad koniuszkiem serca, nie zaś brzmienia metaliczne podobne do rzężeń, które dały się słyszeć w pasze lewéj, gdyż takiego przypuszczenia nie możnaby poprzeć żadnym przykładem.

3) Brzmienia metaliczne w pasze lewéj pochodzić mogły tylko od wstrząsania płynu. Gdyby się przypuściło, że ruchy serca wstrząsały płyn znajdujący się w żołądku (Gerhardt) a bezpowietrzny płat dolny płuca lewego przewodził pluskanie do ścian klatki piersiowéj, to trudnoby pojąć, dlaczego objaw ten dał się słyszeć tylko w położeniu siedzącém, a więc w położeniu, gdzie płyn w rozdętym żołądku zajmował częci najniższe, na które ruchy serca właśnie najmniéj wpływu mieć mogły.

4) Dla przypuszczenia, że objawy metaliczne powstawały w jamie rozpadowéj, wynaleść możemy podobieństwo ze szmerami amforycznemi w jamach płucowych, położonych w bliskości serca, które przedstawić się mogą — tak samo jak w naszym przypadku — jako dźwięki dwojakiego rodzaju, tj. jako metaliczne tony sercowe i jako metaliczne rzężenia zależne od ruchów serca.

5) W postawie leżącéj jama rozpadowa była pustą, gdyż treść jéj spływała do żołądka, to też w postawie téj brzmiały metalicznie tony sercowe; w postawie siedzącéj treść jamy, gromadząc się w dolnym odcinku jamy, mogła być łatwo wstrząsana ruchami serca, w téj więc tylko postawie słyszeć się dały brzmienia dźwięczne na klatce piersiowéj.

6) Wprawdzie nierówne ściany jamy rozpadowéj nie stanowiły korzystnego warunku do oddźwięku, jednakże inne warunki takowemu sprzyjały, a mianowicie jama rozpadowa, skutkiem scieńczenia worka sercowego po nad lewym płatem wątroby i ścisłego przylegania lewego płatu wątroby do przepony powierzchownie zniszczonéj, była zbliżoną do serca, a przy bezpośredniéj komunikacyi z żołądkiem dźwięki wywołane w jamie mogły się jeszcze bardziéj potęgować w rozdętym żołądku.

Osłabienie a następnie zupełne zniknięcie objawów metalicznych stało w związku z szybko wzmagającém się osłabieniem czynności serca.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków

napisał prof. Dr. **Blumenstok**.

V. Zadławienie czy utopienie. Badanie włosów.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28.)

Wincenty Pł. oskarżony został o skrytobójstwo, popełnione na teściu swoim Feliksie B.; rozprawa ostateczna odbyła się d. 19 marca 1878 r., lecz przysięgli nie mogli nabyć przekonania o jego winie i dlatego oskarżony uwolniony został. Wkrótce potém atoli Prokuratoryja rządowa zebrawszy nowe poszlaki przeciw niemu przemawiające, wznowiła śledztwo, i tym razem przy rozprawie odbytéj w d. 15 stycznia rb. Wincenty Pł. uznany został przez sąd przysięgłych winnym skrytobójstwa i skazany na śmierć, która to kara zamienioną została na długoletnie więzienie.

Badanie *corpora delicti* w przypadku niniejszym miało wielkie znaczenie, pomimo, że wypadek onego po największéj części był ujemny; zwróciło ono bowiem śledztwo na inne tory, o ile wskazało, że do popełnienia zbrodni nie użyto żadnego narzędzia, że sprawca, a względnie suknie jego wcale nie musiały być krwią powalane, a wreszcie, że włosy na okrajku znalezione albo były zwierzęcemi albo, z największém prawdopodobieństwem przynajmniéj, nie pochodziły z głowy zamordowanego, a tém samém wnosić kazały, że sprawca użył tylko ręki swéj i że o walce i obronie właściwie nie było mowy. Nie ulega więc zaprzeczeniu, że i ujemny wynik badania włosów może być ważnym pod względem sądowolekarskim, a tém samém, że badaniu włosów, którego znaczenie sądowolek. już to lekceważono, już téż przesadzono, należy się miejsce niepoślednie w medycynie sądowéj. Ponieważ przedmiot ten, o ile mnie przynajmniéj wiadomo, w literaturze naszéj dotąd jeszcze nie był omówiony, sądzę, że nie będzie od rzeczy, jeżeli przy téj sposobności opierając się na pracach obcych oraz na własném, dosyć liczném, doświadczeniu, podam kilka uwag praktycznych.

Dawniejsze dzieła sądowolekarskie, które nie szczędziły miejsca kwestyjom wcale obcym, jak np. napojom miłosnym, samogorowi itd., nie poświęcają żadnego ustępu badaniu włosów. I tak z dzieł, które ja przynajmniéj mam pod ręką, nie wspominają nic o tym przedmiocie: wykłady Bernta (1817), Mendego (1819—32), Metzgera (tłum. Mianowskiego Wilno 1823), Gromoffa (tłum. Buczyńskiego, Warszawa 1837), Ryana (Londyn 1835), Henkego (10te wyd. Berlin 1841), Bergmanna (1846), Böckera (1857), Krahmera (1857), Buchnera (1867), Hauski (1869), Schürmayera (4te wyd. 1874), Lacassagna (1878), również niema opisu kazuistycznego w zbiorach Caspra (1853), Maschki (1858—1873) i Friedberga (1875), bardzo pobieżne wzmianki znachodzimy tylko w wielkiém dziele Mosta (*Encyclop. d. Staatsarzn.* 1838, więcéj ze stanowiska higijenicznego), Orfili (tłum. Kruppa 1848, uwagi nad zabarwianiem włosów i do sprawdzenia tożsamości odnoszące się), Maira (1862, *Jurist med. Comment.* II, 79), i Belliniego, Filippiego (*Bibliot. med. leg.* Pisa 1877).— Liman (6te wyd. Berlin 1876, II, str. 180) odsyła do prac nowszych Sonnenscheina (*Handb. d. gerichtl. Chemie* 1869), Hofmanna i Oesterlena, sam od siebie zaś nie podaje żadnych uwag, owszem przyznaje, że w tym względzie mało ma doświadczenia i że dochodzenie włosów w ogóle rzadko

okazuje się potrzebném. Schauenstein przeciwnie twierdzi, że włosy bardzo często stają się przedmiotem badania sądowolekarskiego i pierwszy poświęca téj kwestyi osobny rozdział (wyd. 2gie 1875, str. 465—471), a uwagi jego bardzo odpowiednie mało co różnią się od uwag poprzednio ogłoszonych przez Hofmana i Oesterlena. Wreszcie spotykamy się także z wyczerpującém opracowaniem badania włosów w encyklopedyi Krausa i Pichlera (1873, tom II, str. 328—336), które atoli jest prostą kompilacyją. Poszczególne przypadki sądowolekarskiego badania włosów opisane były i dawniéj, jak np. przez Lyonsa, Lassaigna, Olliviera, Robina, Lendera, Taylora, Walda i Sonnenscheina (prówn. dzieło Oesterlena).

Szereg nowszych samodzielnych prac nad włosami rozpoczyna Eble (*Die Lehre von den Haaren in der gesammten organischen Natur, Wien* 1831, 2 tomy i atlas), który w obszernem dziele swojém zestawił literaturę dawniejszą oraz zebrał wszystkie możebne szczegóły do włosów zwierzęcych i ludzkich odnoszące się. Dzieło to jest istna *silva rerum* i wzorem wytrwałości w pracy, jednak strony sądowolekarskiéj wcale nie uwzględnia i dlatego pomijamy pracę tę, jakoteż późniejsze znakomite rozprawy Henlego, Köllikera, Leydiga, Freya, Göttego, Pincusa, Biesiadeckiego, Dobrzyckiego (porówn. ocenę moją w Przegl. Lek. 1877 Nr. 8—10). Pierwszą pracą ściśle sądowolekarską o włosach jest rozprawa J. H. Falcka: *De hominis mammaliumque domesticorum pilis, medicinae legalis ratione habita* (w Dorpacie 1856). Była to rozprawa inauguralna po łacinie napisana, i już z tego powodu nie bardzo rozpowszechniona; to też pomimo wszelkich starań nabyć jéj nie mogłem i dlatego tylko za Oesterlenem powtórzyć mogę, że autor, zachęcony przez Samsona mierzył włosy ludzkie i zwierzęce i doszedł do wniosku, że po największéj części rozróżnianie jednych od drugich jest możebne. Nierównie większego rozgłosu nabyła rozprawa Pfaffa: *Das menschliche Haar in seiner phys., pathol. u. forens. Bedeutung*, 2gie wyd. Lipsk 1869. Pfaff z jednéj strony poruszył w dziełku swojém kwestyje anatomiczne, fizyjologiczne, patologiczne, a nawet terapeutyczne, a więc zbliżył się w téj mierze do Eblego, z drugiéj strony atoli poświęcił osobny rozdział kwestyjom sądowolekarskim, opierając się na własném badaniu i doświadczeniu; co większa przyznał badaniu włosów tak wielkie znaczenie sądowolekarskie, iż zdawało się, że badanie to w bardzo wielu przypadkach zdolne będzie rzucić światło na przypadki wątpliwe, i że tém samém lekarz nie znający się na tém badaniu nie jest wcale powołany do wykonywania praktyki sądowolekarskiéj. Pokazało się jednak wkrótce, że Pfaff zbyt kierował się fantazyją, i że znaczenie sądowolekarskie włosów przecenił, tak jak je przed nim zbyt lekceważono. Jak szkodliwą zaś jest przesada w rzeczach sądowolekarskich, dowodzi okoliczność, że owa osławiona powiastka, którą Pfaff w dziełku swojém z powagą godną lepszéj sprawy podaje jako przypadek z własnéj praktyki, znalazła przystęp w kilku dziełach późniejszych: Człowiek wracający śród bardzo ciemnéj nocy do domu napadnięty został i znieważony przez dwoje ludzi w miejscu samotném. Napadnięty bronił się, a gdy napastnicy uciekli, zachował w rękach swoich czapkę jednego z nich i takową wręczył Sądowi. Na opis osób napastujących pokrzywdzony zdobyć się nie mógł, ponieważ ciemność i szybkość napadu nie dozwalały mu oglądać dokładnie napastników. Przy oglądaniu czapki znaleziono w niéj dwa włosy, które oku nieuzbrojonemu przedstawiały się w zabarwieniu szaro-jasnem. Mikroskop atoli wykazał inne jeszcze okoliczności, które posłużyły do wykrycia zbrodniarza. Pod drobnowidem włosy te okazały się wprawdzie szaro jasnemi, ale w części ich rdzennéj znajdowały się jeszcze liczne komórki barwikowe, czarne jak smoła, z czego wynikało, że pochodzą od młodzieńca, mającego włosy czarne, u którego jednak już pierwsze włosy siwe ukazywać się zaczęły. Sądząc po końcach ostro odciętych, nie okazujących stożkowatego zcieńczenia, wnosić należało, że włosy napastnika na kilka dni przed czynem strzyżone były. Wreszcie znaleziono cebulki mocno zanikłe, z czego Pfaff wnosi, że włosy te, które w warstwie nabłonkowéj okazywały liczne brodawkowate wydatności, pochodzące z potu, prawdopodobnie pochodzą z brzegu łysiny rozpoczynającéj się u człowieka w każdym razie mającego dobrą tuszę, bo mocno pocącego się. Staranne badanie mikroskopowe włosów zatém umożebniło następujący rysopis napastnika: „Człowiek silny, usposobiony do tycia, w kwiecie wieku pozostający o włosach czarnych, nieco szpakowatych, niedawno krótko strzyżonych, z rozpoczynającą się łysiną“ a rysopis ten ułatwił w danym przypadku odkrycie obwinionego. Nie żałowałem trudu, aby tłumaczyć wiernie przypadek ten Pfaffa (str. 78 i 79), a uczyniłem to w celu zwrócenia nań uwagi kolegów zwłaszcza młodszych, aby spotkawszy się z nim powtórzonym bez krytyki (jak np. w encyklopedyi Krausa i Pichlera) nie sądzili, że w istocie tak strasznie jesteśmy mądrymi i że w rzeczy samej mikroskop może w takim razie zastąpić miejsce sprytnego ajenta policyjnego! Oesterlen przytacza również przypadek ten „jako przykład, jak łatwo więcéj można widzieć, aniżeli jest do widzenia.“ Rozprawa Pfaffa miała strony swoje dodatnie, o których późniéj wspomnę, i z tego powodu była dosyć ważnym nabytkiem dla nauki; ale i przesada, którą trąci, a która dawniéj mogłaby była stać się wielce szkodliwą, tym razem o tyle okazała się korzystną, o ile dała pochop do nowych, gruntowniejszych i trzeźwiejszych poszukiwań. Właśnie dlatego, że Pfaff po badaniu włosów tyle sobie obiecywał, musiano zabrać się do kontrolowania jego badań, celem rozstrzygnięcia pytania, o ile w ogóle dochodzenie na włosach może mieć znaczenie sądowolekarskie. Niedługo po ukazaniu się 2go wydania dziełka Pfaffa ogłosił prof. Hofmann, wówczas w Insbruku, rozprawkę pt. *„Einiges über Haare in gerichtsärztlicher Beziehung“* (*Prager Viertelj. 1871*, tom 112, str. 67—83). W skromnéj a pięknéj téj rozprawie autor zastanawia się głównie nad rozróżnianiem włosów zwierzęcych od ludzkich, a więc nad kwestyją w dochodzeniu sądowolek. najważniejszą, a w którą dziwnym sposobem Pfaff wcale nie był zapuścił się, przyczém wykazał niektóre błędy, które ostatni popełnił, np. w tłumaczeniu przyczyny barwy włosów oraz ich siwienia; daléj roztrząsa pytanie, zkąd włosy, jeżeli jako ludzkie rozpoznane zostały, pochodzą i z jakiéj części ciała, wreszcie nad zmianami spostrzeganemi na wierzchołku włosa. Praca ta Hofmanna, z małemi zmianami powtórzona w jego dziele o medycynie sądowéj (str. 446 do 453), jest bardzo cenną, ponieważ wykazała ważność włosów pod względem sądowolekarskim i jakkolwiek oddaje hołd zasługom Pfaffa, przecież uwolniła także naukę naszą od niektórych fantastycznych poglądów i twierdzeń ostatniego. Po Hofmannie wystąpił Oesterlen z pracą ogłoszoną najprzód w *Schmidts med. Jahrb.* (tom 157, zeszyt 3ci) p. t. *„Uiber die forensische Bedeutung des menschlichen Haars,“* a następnie z dziełkiem pt. *„Das menschliche Haar u. seine gerichtsärztliche Bedeutung“* (Tübingen 1874, H. Laupp, str. 151),

które, tak jak rozprawa pierwsza, jest właściwie kompilacyją pilną i dobrą, uwzględniającą i literaturę dawniejszą, a mimo to kompilacyja ta służyła lekarzowi francuskiemu Joannetowi za wzór, wedle którego napisał dziełko pt. *„Le poil humain, ses variétés d'aspect, leur signification en médecine judiciaire"* (Paris 1878, str. 117), którego wartość oceniłem w Przegl. Lek. (Nr. 2 z r. 1879).

Oto cała literatura tego przedmiotu.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. O. Widmann: **Choroby serca i tętnic w zarysie.** Kraków 1879. Duża 8ka, str. 137. Cena 1 złr. 85 ct. (Wydanie Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich.)

Gdy przed kilkoma laty zawiązywało się w Krakowie Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich, powątpiewaliśmy z góry o jego przyszłości. Fakta przekonały, że byliśmy w błędzie. Wprawdzie Stowarzyszenie nie wydało do tąd żadnego obszerniejszego a oryginalnego dzieła lecz to, co wyszło jego staraniem i nakładem, odznacza się pożytecznością, miłą formą zewnętrzną i nader poprawnym językiem, co uważamy za rzecz bardzo ważną.

Do prac tego rodzaju policzamy śmiało Choroby serca i tętnic w zarysie przez Dra Widmanna. Nie jest to wprawdzie dzieło większych rozmiarów, któreby na wzór znanego podręcznika Ziemssenowskiego przedstawiało cały obecny stan wiedzy z pewnéj części patologii i terapii, lecz praca, która w sposób jasny i treściwy podaje wszystko, czego rzeczywiście potrzeba lekarzowi praktycznemu, dla którego otwarcie mówiąc, podręczniki obszerne ani swą ceną ani objętością zwykle nie są dostępne. Szczera też wdzięczność należy się Szanownemu koledze Autorowi, że ubogie nasze piśmiennictwo lekarskie wzbogacił książką rzetelnie pożyteczną.

W pracy swéj mówi autor naprzód o chorobach serca a następnie o chorobach tętnic. W części ogólnéj daje treściwy obraz anatomii, fizyjologii i badania fizycznego, w części zaś szczegółowéj opisuje każdą z osobna chorobę. Jakkolwiek w krótkim zarysie mało pozostaje miejsca na poglądy osobiste autora, to mimo tego w pracy, o któréj mówimy, nierzadko spotykamy się z niemi a lubo niezawsze możemy się na nie zgodzić, przyznajemy, iż autor w swych wywodach teoretycznych trzyma się ściśle fizyki i fizyjologii.

Co do przeprowadzenia zadania, jakie sobie autor założył, z prawdziwą przyjemnością przychodzi nam tu zapisać, iż jest proste i loiczne; widocznie znać, iż autor kształcił się na dobrych wzorach, iż umie myśleć matematycznie, bez czego nie można nigdy napisać żadnego dzieła z nauk przyrodniczych lub lekarskich. Niesłusznem też jest zdanie, iż kompendyjum to łatwa kompilacyja, bo są przecież ludzie, którzy wcale nieźle napisali rozprawy naukowe a nie byli w stanie napisać dobrego podręcznika.

Strona zewnętrzna książki, o któréj mówimy, wywiera nader korzystne wrażenie. Język mianowicie w ogólności jest bardzo poprawny, lubo autor, kształciwszy się przeważnie na pracach niemieckich, nie zawsze wymija się szczęśliwie z germanizmami. Słownictwo krakowskie, które nawiasem mówiąc w dziennikach lekarskich warszawskich coraz większego doznaje wzięcia, wolne od przesady będzie dla wszystkich zapewne zrozumiałém. Korekta nader staranna, format dogodny, druk nie tylko porządny, ale nawet wytworny, papier bardzo dobry, przynoszą zaszczyt Stowarzyszeniu jako nakładcy.

Pracę przeto Szan. kolegi Widmanna polecamy bacznéj uwadze Czytelników naszego pisma i niepłonną mamy nadzieję, że Stowarzyszenie wydając podobne książki nie tylko przysłuży się dobrze naszéj powszechności lekarskiéj ale zarazem stanie na silnych podstawach, czego tém bardziéj życzyć sobie należy, iż Biblijoteka umiejętności lekarskich z takiém poświęceniem pracy i nakładu założona i prowadzona przez nieodżałowanéj pamięci Girsztowta a obecnie pod troskliwą opieką prof. Łuczkiewicza zostająca, dopełniwszy chlubnie swego zadania, ma żywot swój zakończyć.

D.

Zasecki: **O wpływie potów na siłę trawiącą soku żołądkowego, jako też na oddziaływanie soku żołądkowego i moczu.**

Zasecki oznaczając u 3 chorych dotkniętych przewlocznym nieżytem żołądkowym (w klinice prof. Manasseina) w czasie obfitych potów stopień kwaśnego oddziaływania wypompowanéj treści żołądkowéj, jéj siłę trawienia włóknika, jako też ilość i oddziaływanie moczu, zauważył, że w czasie pocenia się siła trawiąca soku żołądkowego zmniejsza się, że tak sok żołądkowy, jak i mocz mniéj kwaśno oddziaływają, i że zmiany te w soku żołądkowym i moczu pozostają w pewnym stosunku do nasilenia potów. Na podstawie powyższych spostrzeżeń, niemniéj dawniejszego już doświadczenia, że po wydaleniu kwaśnéj treści z żołądka mocz oddziaływa obojętnie, a nawet alkalicznie, Z. zadaje sobie pytanie, czyby w niektórych przypadkach (np. u despeptyków skłonnych do potów) nie można przez uśmierzenie potów (np. atropinem), lub przez zalkalizowanie moczu (przez dyjetę roślinną itp.) uczynić soku żołądkowego więcéj kwaśnym *(Petersb. med. Woch.* 1879. Nr. 2. — *Berl. klin. Woch.* 1879, Nr. 27.). *Dr. Smoleński.*

(Nadesłane.)

IV. Użycie chloroformu w połączeniu z olejkiem terpentynowym.

W czasopiśmie *W. Med. Presse* Nr. 18 rz. i Nr. 1 rb. zwrócili Dr. Wachsmuth i Dr. Frank uwagę na pomyślne wyniki, jakie otrzymywali przy narkotyzowaniu mięszaniną chloroformu z olejkiem terpentynowym w stosunku 5 : 1. Używając podobnéj mięszaniny od początku roku zeszłego przy wszystkich narkozach, mogę wspomnione doświadczenia potwierdzić a poniekąd i rozszerzyć. Olejek terpentynowy dodany do chloroformu w stosunku, jak go obecnie używam, (1 : 10) odbiera chloroformowi nieprzyjemny zapach i smak, czyniąc go o wiele znośniejszym, chroni chorych od częstych ruchów połykowych, towarzyszących używaniu czystego chloroformu, narkoza w ogóle jest o wiele spokojniejszą a co przy niektórych operacyjach bardzo jest ważném, mięszanina ta do narkotyzowania użyta nigdy nie wywołała wymiotów. Czy ona, jak Dr. Wachsmuth twierdzi, nigdy nie sprowadza porażenia narządu oddechowego, pouczą dalsze, liczne na dokładnych datach statystycznych oparte, spostrzeżenia.

Dr. F. Danek.

Zbiór pism hippokratowy w świetle nowożytnéj krytyki.

Wyłożył na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. dnia 4 czerwca 1879
Prof. Dr. **Józef Oettinger.**
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

4) O chorobach pospólnych czyli nagminnych księga 1wsza i 3cia (ἐπιδημιῶν ά καὶ γ'. *De morbis popularibus lib. I et III.*). Nowa tu dziedzina lekarska doznaje uprawy mianowicie kazuistyka poprzedzona troskliwemi, jak na ów czas spostrzeżeniami meteorologicznemi i opisami panujących chorób. Głęboki badacz uznał wagę i potrzebę spisywania spostrzeżeń czynionych na poszczególnych chorych i wskazał własnemi przykładami, jak wymaganie to naukowe spełniać należy. Mimo to, w dawném piśmiennictwie prawie żadnych nie mamy dowodów, aby późniejsi lekarze w piękne te ślady wstąpili; nawet Galen chociaż tak płodny, nie pomijający prawie żadnéj gałęzi lekarskiéj, nie pozostawił nam w swych licznych dziełach, ani jednego całkowitego opisu choroby postrzeganéj na pewnéj osobie.

Hippokratowe przypadki odznaczają się prostém skreśleniem zjawisk, bez żadnych rozumowych wywodów i wniosków z podaniem zwykle nazwisk, zatrudnienia i mieszkania chorych, z których to szczegółów Littré starał się korzystać, aby z nich historyczno-krytyczne wydobyć skazówki a mianowicie co do zwyczajów i stosunków lekarskich w starożytnéj Helladzie, oraz co do czasu, z którego pochodzą. Opisy te kazuistyczne mają pewien urok dziewiczéj świeżości, który niewymownego użycza im wdzięku. O mechanicznem pomięszaniu, jakiemu te księgi uległy, była już wyżéj mowa, tudzież o wsunięciu rozdziału innéj zupełnie treści, ogólno lekarskiéj; w nim to znajduje się pamiętna przestroga „pomagać a przynajmniéj nie szkodzić" (ὠφελέειν ἢ μὴ βλάπτειν).

5) O dyjecie w chorobach ostrych (περὶ διαίτης ὀξέων, *de diaeta acutorum*). W téj księdze autor bierze pod uprawę inny znów łan szeroko przez siebie zakreślonéj niwy lekarskiéj: dyjetetykę zastósowaną do chorób ostrych, utyskując, że przed nim ważna ta potrzeba nie znajdowała u lekarzy żadnego naukowego uwzględnienia. Daje mu to sposobność do ciekawéj polemiki ze starszą od niego szkołą knidyjską, któréj nie tylko zarzuca, że zaleca jedynie środki lekownicze, a pomija całkowicie zwykle wpływy i czynniki na żywy ustrój działające, ale prócz tego, iż zapuszcza się w zbyt drobne szczegóły chwytając mnogie przypady i tworząc na téj podstawie bez żadnego pożytku liczne postacie chorobowe oznaczane odrębnemi nazwami. Przytacza wyraźnie tytuł dzieła zawierającego owe zganione zasady: Prawidła knidyjskie (Αἱ κνίδιαι γνῶμαι) dodając, że w drugiém wydaniu widoczna już jest niejaka poprawa. Dziwném losu zrządzeniem imię Hippokrata zdobi kilka pism napiętnowanych właśnie tym przez niego potępionym kierunkiem, ono to powagą swoją osłoniło płody także przeciwników mistrza, gdyż dzięki téj nadanéj im mylnie nazwie autorskiéj weszły one również do zbioru razem z pismami rodzimemi, a dzieje lekarskie nie mają wcale powodu uskarżać się na zaszłą pomyłkę, która ocaliła od zguby kilka cennych zabytków i świadectw starożytnych, wyprzedzających może jeszcze wiek Hippokrata.

Znamionują tę księgę hippokratową też same zasady, taż sama metoda i równe zalety stylu i języka, co pisma wyżéj wzmiankowane. Wystrzegać się każe wszelkiéj dogmatycznéj jednostronności i zaciekłości przepisując troskliwą baczność na stosunki osobnicze chorego, jego wiek, płeć, ciałotwór, usposobienia i przyzwyczajenia; na rodzaj, porę i stopień choroby, unikać radzi ostateczności, równie zbytniego morzenia głodem, jak przekarmiania a zwłaszcza nagłych przejść od surowéj wstrzemięźliwości do przesadnéj obfitości itp. O nienależącym do rzeczy a do końca przyczepionym dodatku, zawierającym zapiski rzucone na papier dla pamięci a nie celem ich ogłoszenia, wyżéj już napomknięto.

6) O powietrzu, wodach i miejscach (περὶ ἀέρων, ὑδάτων καὶ τόπων — *de aëre, aquis et locis*). Jest to klejnot, jeden z najcenniejszych, zdolny zająć, że nie powiem, zachwycić nie tylko lekarza, ale każdego miłośnika dziejów i wzorów klasycznych. W całym wspaniałym blasku występuje w tym utworze ów pogląd, szeroki a głęboki zarazem, gienijuszu, który już w pierwszém zaraniu umiejętności, wyznacza jéj i sam pierwszy uprawia pole, co znów porzucone przez wieki, za naszych dopiero czasów doczekało się dalszego obrobienia, jest niém jeografija patologiczna. Bardziéj niż gdziekolwiek objawia się w tym pięknym wzorze owa górująca zasada Hippokrata, wyłuszczona w księdze „o dawném lekarstwie," a stósowana w innych, postrzegania zjawisk w ich wzajemnym rzeczywistym związku, a nie w ciasném odosobnieniu i wyrwaniu z ogólnego łańcucha, którego są częścią. A więc nie poprzestał na badaniu ustroju ludzkiego w samym sobie jedynie, lecz ściga go także w jego mnogich stosunkach z całym otaczającym go światem, ze wszystkiemi wpływami tellurycznemi i kosmicznemi.

Rozbiera więc naprzód wpływ położenia osad i miast na mieszkańców ze względu na słońce i kierunek wiatrów; zastanawia się następnie nad wodami rozróżniając je i ich skutki według ich własności ogólnych i szczególnych: czy są bieżące lub stojące, podziemne lub napowietrzne, lekkie lub ciężkie. Podaje trafnie, że używający wód bagnistych lub nad niemi mieszkający miewają wielkie śledziony. Zwraca potem uwagę na właściwości różnych pór roku w ogólności, o ile sprzyjają pewnym zjawiskom ustroju zdrowego i chorego, a w szczególności na różne odmiany każdéj pory, o ile np. wiosna jest przeważnie zimna lub ciepła, wilgotna czy sucha, wczesna lub późna itp.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Ministerstwo oświaty zamianowało na rok przyszły szkolny reprezentantami rządowymi przy egzaminach lekarskich w Wiedniu: radzcę dworu Schneidera, radzcę sekcyjnego Stainera, radzcę namiestn. Karajana i dyrektora Hoffmanna; współegzaminatorami zaś przy 2giém egzaminie proff. Hebrę i Sigmunda, przy 3ciém proff. Dittla i Salzera.

Statystyka epidemij. Ospa utrzymuje się w Londynie w równém nasileniu; zachorowało nieco więcéj bo 20, leczy się w szpitalu tylko 113. Ospa złagodniała w Wiedniu, Genewie, Petersburgu i Warszawie, wzmogła się w Budapeszcie i Barcelonie. Krztusiec zwolniał w Wiedniu. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 31 (od 27 lipca do 2 sierpnia) umarło w Krakowie osób 33; roczna śmiertelność na 1.000 mieszkańców wynosiła 30,4; w Poznaniu 26,6; w Wiedniu 24,3; w Budapeszcie 37,9; w Tryjeście 39,8; w Pradze 29,8; w Berlinie 30,5; w Hamburgu 24,7; w Wrocławiu 32,2; w Monachijum 33,7; w Dreźnie 28,5; w Bazylei 20,7; w Paryżu 22,3; w Londynie 19,4; w Chrystyjanii 21,6; w Petersburgu 34,2; w Odessie 40,7; w Bukareszcie 34,2. W tymże czasie

umarło w Krakowie z chorób zakaźnych: 2 osoby z płonicy, 1 z dławca, 1 z gorączki połogowéj, 1 z zimnicy. W tygodniu 32 doniesiono o następujących przypadkach: o 2 płonicy (z Ludwinowa i z Rynku L. 12); 1 ospy (z ul. Reformackiéj L. 254) 1 czerwonki (zkąd?). *J. B*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, d. 13 sierpnia. Podaliśmy już (w Nr. 30) wiadomość o zamiarze powziętym przez lekarzy warszawskich ofiarowania J. I. Kraszewskiemu w dzień jego jubileuszu adresu w imieniu całéj społeczności lekarskiéj polskiéj, oraz o sposobie zbierania podpisów pod tenże. Karteczki do podpisywania się nadesłano obecnie także do Krakowa a mianowicie upoważniono do zbierania podpisów Dra Aleks. Wilkosza (Ul. Szczepańska Nr. 232), ktoby więc z lekarzy krakowskich chciał adres ten podpisać zechce się z kol. Wilkoszem porozumieć. Lekarze na prowincyi zaś mieszkający, którzyby się przyłączyć zechcieli raczą się zgłosić listownie z załączeniem marki pocztowéj do kol. Wilkosza (adres wyżéj podaliśmy) a otrzymają odwrotną pocztą karteczkę podpisową, którą natychmiast zwrócić raczą napisawszy na niéj własnoręcznie imie, nazwisko, oraz miejsce zamieszkania. Każda zaś ofiara pieniężna na pokrycie kosztów z podziękowaniem przyjętą zostanie. Zwracamy tylko uwagę, że mający chęć podpisania nie powinni ociągać się z zamiarem swym, bo już dnia 1 września podpisy do Warszawy przesłane być muszą.

* Według nadesłanych nam wykazów było dotąd w Cieplicach czeskich gości 9,373, w Krynicy 1954, a w Gieshüblu gości 81.

* Kwestyja przywrócenia Akademii józefińskiéj żywo zajmuje umysły sfer lekarskich w Wiedniu. Nie ulega wątpliwości, że w armii okazuje się brak lekarzy od czasu zwinięcia akademii przerzeczonéj, brak tém dotkliwszy, o ile nie daje się zastąpić należycie lekarzami dobrowolnie do służby wojskowéj zgłaszającymi się, ponieważ najczęściéj zgłaszają się tylko lekarze, w praktyce cywilnéj nie mający powodzenia, a w wojskowéj będący nowicyjuszami, skutkiem czego — zwłaszcza podczas wojny — zdradzają wielką nieporadność; z drugiéj strony doświadczeni lekarze wojskowi z powodu zbytniego obciążenia pracą opuszczają szeregi armii Ministerstwo wojny zamierza podobno zwołać ankietę w tym celu, coby było rzeczą najodpowiedniejszą, złowrogie bowiem odzywają się głosy, aby przywrócono tylko t. zw. niższy kurs akademii, to jest szkołę chirurgów, coby mogło stać się hasłem przywrócenia i cywilnych akademij chirurgicznych, których niedawno dopiero szczęśliwie pozbyto się w całém państwie austro-węgierskiém.

* D. 3 bm. odbyło się w Królowym Gradcu w Czechach uroczyste odsłonięcie tablicy pamiątkowéj w domu, w którym urodził się Karol Rokitansky. Reprezentanci gminy miejskiéj wespół z delegacyją towarzystwa lekarzy czeskich w Pradze i lekarzami wojskowymi przyjmowali gości na dworcu kolei. Przybyli pomiędzy innymi proff. Müller i Heschl z Wiednia, Albert z Insbruku, Hall, Eiselt, Pribram, Eppinger, Jirus, Janowsky, Schwing z Pragi, oraz deputacyje towarzystw lekarskich i studenckich z Wiednia i Pragi. Przemówił najprzód prof. Albert w języku czeskim, głosząc zasługi Rokitańskiego jako reformatora nauk lekarskich, poczém śród głośnych okrzyków spadła zasłona z tablicy pamiątkowéj, zrobionéj z marmuru czarnego przez rzeźbiarza prażskiego Misselbeka, a przedstawiającéj popiersie Rokitańskiego a pod niém napis: *„Zde se narodil Karol Rokitansky dna 19 února 1804"*. Po Albercie mówił prof. Heschl w języku niemieckim, podając bardzo ciekawe szczegóły z życia Rokitańskiego i wykazując, z jakiemi trudnościami wielki reformator miał do walczenia. Po przemowie burmistrza i odśpiewaniu odpowiedniéj kantaty nastąpił obiad wspólny dla 90 osób przybyłych na tę uroczystość, a między temi osobami znajdowała się cała rodzina Rokitańskiego.

Z mowy Heschla dowiadujemy się, że Rokitansky straciwszy wcześnie ojca i ukończywszy 3 pierwsze lata medycyny w Pradze przybył w r. 1824 do Wiednia, gdzie wnet dostał się pod opiekę Wagnera, pochodzącego również z powiatu królowograckiego, a który już w r. 1830 po raz pierwszy wspomina o udziale w pracy Rokitańskiego, a w roku następnym miał w nim głównego pomocnika przy sekcyjach robionych śród cholery.

Praga. Cały Nr 31 wychodzącego tu pisma *Časopis lekaruv českých* poświęconym jest śp. Rokitańskiemu, nie zawiera bowiem żadnych innych artykułów prócz życiorysu tego słynnego męża pióra Doc. Dra Janowskiego.

Mianowania i odznaczenia. Nestor lekarzy karlsbadzkich Radca dworu Dr. Hochberger, który 29 bm. obchodzić będzie 50-letni jubileusz doktorski, otrzymał jako uznanie pożytecznéj swéj działalności krzyż komturski orderu Franciszka Józefa. — Prof. Schenk mianowany został przez Cesarza Brazylijskiego kawalerem orderu róży.

Nekrologija. W Karlsbadzie zmarł na suchoty Dr. Oesterreicher, który przez lat 25 jako lekarz kąpielowy znaczne tam miał wzięcie.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 16: Odezwa sekcyi lwowskiéj do wszystkich sekcyj Tow. lek. gal. w przedmiocie zreformowania szczepienia; w *Medycynie* Nr. 32: Rogowicza: Przyczynek do zapobiegania samoistnemu powstawaniu gorączki połogowéj; Dymnickiego: Przypadki przymiotu leczone w Busku w r. 1878 (dok.): *Gazety Lekarskiéj* Nr. 6 nie otrzymaliśmy.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

KOŁACZYKI KRYNICKIE

(Pastilles de Krynica).

Z treści stałych składników szczawy krynickiéj wyrabiam kołaczyki (*pastilles*) podług zasad przez Komisyję Balneologiczną byłego Towarzystwa Naukowego krakowskiego podanych, które tak ze względu na własności lecznicze jak i na smak przyjemny (podobne do pastylek: Vichy, Bilin lub Gleichenberg) bardzo się korzystnie odznaczają. (Zobacz „Dr. Kisch: *Jahrbuch für Balneologie. Wien 1873.*“)

Woda krynicka jako środek wzmacniający składa się przeważnie z wapna i żelaza, słusznie więc zastósowanie znajduje:

1) w długotrwałym nieżycie żołądka lub jelit, osobliwie gdy wspomnione cierpienia połączone są z chroniczną biegunką;

2) w katarach pęcherza moczowego lub nerek;

3) w rozlicznych postaciach choroby angielskiéj i skrofulicznéj u dzieci;

4) w drażliwości nerwowéj, występującéj z niedokrewnością lub z bladnicą.

Ponieważ składniki stałe wody krynickiéj w pastylkach zachowują się jako dwuwęglany, przeto użytek tychże w wyżéj namienionych cierpieniach bywa bardzo korzystnym.

Cena jednego pudełka pastylek krynickich 65 cent.

Pastylki krynickie są do nabycia:
w **Wiedniu** w składach wód mineralnych, **Dr. Well** (*Wildprettmarkt Nr. 5*), tudzież **Mattoni & Wille** i u p. **Raab** Apteka pod czarnym niedźwiedziem (*Lugek Nr. 1*).
w **Pradze** u **Fr. Kunerle.**
w **Poznaniu** u aptekarza **Dra Mankiewicza,**
w **Warszawie** w aptekach **Heinricha, Lilpopa** i **Kucharzewskiego,**
w **Odesie** u **M. Kestnera,**
w **Kijowie** u **G. Seidla,**
w **Żytomierzu** u **C. Marcińczyka,**
w **Berdyczowie** u **Paciorkowskiego,**
w **Elisabethgrodzie** u **Goldberga,**
we **Lwowie** u **Mikolascha** i u **Br. Łazowskich,**
w **Krakowie** u **J. Wentzla,**
w **Czerniowcach** u **Fr. Krzyżanowskiego,**
w **Czortkowie** u **L. Nossa,**
w **Brzesku** u **W. Janoszka.**

Hugo Nitribitt.
Aptekarz w Krynicy.

Fabryka parowa wód gazowych
K. Rzący w Krakowie

wyrabia gazowe wody lekarskie

według przepisów podanych przez **Komisyją balneologiczną Tow. lek. krakowskiego.** Wody te odznaczają się wielką skutecznością, taniością i przyjemnym smakiem.

Woda magnezyjowa. Najlepszy środek używania magnezyi działa znakomicie przeciw kwasom żołądka i kiszek, zgadze, katarom żołądka i kiszek, w zatkaniu stolca.

Woda selcerska. Nieoceniony środek w katarach płuc i zastarzałych kaszlach.

Woda litowa w artrytyzmie, w nieżytach pęcherza, przeciw piaskowi i kamieniom moczowym z wielkim skutkiem używana. Lek prawie pewny w tych cierpieniach.

Wody żelaziste przeciw ogólnemu osłabieniu, niedokrewności i bladnicy wyłącznie używane. **Woda z dwuwęglanem żelazawym, z pyrofosforanem żelazawym,** szczególnie dla **dzieci** zalecana przeciw osłabieniu, wątłości, zołzom, krzywicy.

Woda gorzka gazowa! Wyszczególnia się najkorzystniej pośród wszystkich wód gorzkich łagodnym smakiem i wybornym skutkiem, zaleca się w katarze żołądka i kiszek, uporczywém zaparciu stolca, w zastoinach krwi i nawałach jéj do szlachetnych organów, w hemoroidach, w braku apetytu i t. p.

Limonada gazowa, środek przeczyszczający przyjemnego smaku.

Cenniki tych wód jakotéż wody sodowéj i limonad gazowych przesyła fabryka na żądanie bezpłatnie.

Panom fabrykantom wody sodowéj polecam wypróbowane przezemnie płyty i węże gutaperkowe, z fabryki angielskiéj pochodzące, tudzież używane lecz w dobrym stanie będące urządzenia dla altan do sprzedaży wody sodowéj służące, po cenach bardzo przystępnych.



ŻELAZO BRAVAIS

Przyjęte we (DIALYZOWANE ŻELAZO BRAVAIS) Zalecane przez wszystkich szpitalach. Przeciw wszystkich lekarzy.
NIEDOKRWISTOSCI, BLADACZCE, BEZSILNOSCI, OSŁABIENIU, BIAŁYM UPŁAWOM, ETC.

ŻELAZO BRAVAIS (płyn żelazny w kroplach skoncentrowanych) jedyny środek całkowicie wolny od wszelkich kwasów, bez smaku i bez woni, niesprawiający ani zatwardzen, ani rozwolnień, zapaleń lub osłabień żołądka; *jedyny ktory zębow nie czerni. — Najbardziej ekonomiczny ze środkow lekarskich żelazistych, jeden bowiem flakon starczy na cały miesiac.*

Skład główny w Paryżu: **Ulica Lafayette, 13** (w pobliżu W. Opery) *i we wszystkich aptekach.* — We Lwowie, w aptekach PP. Mikolascha i Krzyżanowskiego. — W Krakowie, w aptekach PP. Trauczyńskiego i Redyka. — W Czerniowcach, w aptece P. Golichowskiego. — W Warszawie, w aptece P. D-ra Heinricha i w składzie materyłów aptecznych P. Mrozowskiego.

Z dniem 1 Pazdziernika r. b. zostanie opróżnioną w chirurgicznéj méj klinice prywatnéj posada asystenta z płacą roczną 500 marek i zupełnem utrzymaniem. Pasadę tę i nie pruscy lekarze uzyskać mogą.

Dr. Rydygier
w Chełmnie w Prusiech.
(Kulm in West-Preussen.)

ASTMY

Duszność, chrypka, katary zadawnione i wszelkie cierpienia kanałów oddechowych ustępują po użyciu **Rurek antiastmatycznych** p. **Levasseura,** 23. rue de la Monnaie w Paryżu.

NEWRALGIE

wszelkie **cierpienia nerwowe** każdéj chwili ustępują po użyciu pigułek antinewralgijnych Dra CRONIER. Skład w Paryżu w aptece p. Levasseur, rue de la Monnaie 23.

W Krakowie w aptekach PP. Trauczyńskiego i Redyka.

Książki lekarskie oraz instrumenta chirurgiczne i położnicze po pewnym zmarłym lekarzu są do pozbycia.

Wiadomości udziela **Dr. Mars** asystent kliniki położniczéj (Kraków, Wesoła Nr. 47).

Odwar zdrowia Lemaire'a, przepisywany przez najznakomitszych lekarzy świata całego, leczy w zupełności *zatwardzenie, hemoroidy, hysteryę, podagrę, migrenę, uderzenia do głowy.* P. professor Ménière tak się wyraża do swych uczniów, w wykładzie swoim w szkole medycznej Paryzkiej: «Sam przepisuję i panom szczególnie zalecam **Odwar Zdrowia Lemaire'a** w zatwardzeniach uporczywych, etc.»

Skład główny: w aptece przy ulicy Grammont, 14, w Paryżu. — we *Lwowie*, w aptece p. KRZYŻANOWSKIEGO, obok Brygidek; — w *Krakowie*, w aptekach pp. TRAUCZYŃSKIEGO i REDYKA: — w *Poznaniu*, u Dra MAŃKIEWICZA i we wszystkich znaczniejszych aptekach.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 23 sierpnia 1879. № 34. Rok XVIII.

I. Spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki lekarskiéj krakowskiéj.

Przez prof. Dra Korczyńskiego.

V.

Dwa przypadki metalicznych tonów sercowych skutkiem podźwięku w jamach rozpadowych położonych w sąsiedztwie żołądka. — Znaczenie rozpoznawcze metalicznych objawów przysłuchowych zależnych od ruchów serca.

(Dokończenie. Patrz Nr. 33.)

Przypadek II miałem sposobność obserwowania w r. 1869 w klinice lekarskiéj krakowskiéj, będąc asystentem prof. Dra Gilewskiego. Ponieważ przypadek ten przedstawia wiele szczegółów rozpoznawczych ciekawych, przeto opiszę takowy nieco obszerniéj według dokładnych zapisków, jakie przechowałem.

Julijan Krzyżanowski, lat 21 liczący, nauczyciel prywatny, przebył w dzieciństwie ospę i zimnicę. Obecna choroba rozpoczęła się w kwietniu 1869 r. bólami w okolicy dołka podsercowego i podżebrza lewego, utratą łaknienia i odbijaniem się gazów. Przypady te, które chory odnosił do przeziębienia się i zmęczenia na polowaniu, ustąpiły w przeciągu kilku dni wśród spokoju i używania leków kojących; wkrótce jednak wróciły i zwiększały się coraz bardziéj, tak że chory w początku maja był zmuszony do szukania pomocy w klinice lekarskiéj warszawskiéj. Podczas pobytu tamże ból w podżebrzu lewem nie ustawał ani na chwilę, dokuczał choremu coraz bardziéj, a zwiększał się przy wykonywaniu ruchów. Łaknienie zmniejszało się coraz bardziéj, chory doznawał częstego odbijania, nudności, zaparcia stolca, bezsenności i bólów w okolicy żołądka i podżebrza lewego, które niekiedy zwiększały się bez żadnéj zewnętrznéj przyczyny a niekiedy po spożyciu pokarmów, ugniataniu lub podczas oddawania stolca. Odżywienie a z niem i siły chorego podupadały coraz bardziéj. W tym czasie pojawiło się także po raz pierwszy w życiu bicie serca, które się dwukrotnie powtórzyło, trwając za każdym razem bardzo krótko.

Chory przyjęty do kliniki lekarskiéj krakowskiéj w dniu 28 grudnia 1869 przedstawił następujący stan obecny: Budowa wątła, wychudnienie, skóra brudno-blada, błony śluzowe blade, ciężar ciała 90 funtów (przed rokiem miał chory ważyć 126 ff.). — Na klatce piersiowéj długiéj i wąskiéj, lecz dosyć dobrze wysklepionéj, widać że łuk żebrowy lewy i łopatka lewa mniéj się poruszają, a przestwory międzyżebrowe dolne po stronie lewéj są mniéj zapadłe. Oddech obojczykowy w liczbie 16—18 na minutę. Wypuk nie wykrywa żadnéj nieprawidłowości; w lewéj linii pachowéj odgłos jawny sięga do 8go żebra, gdzie rozpoczyna się odgłos stłumiony, który przy głębokim wdechu jawnieje. Szmery oddechowe wszędzie bardzo słabe. Chory nie kaszle, może głęboko oddychać, tylko przy ziewaniu lub kichaniu doznaje bólu w podżebrzu lewem. — Chory uskarża się na stały ból w stosie pacierzowym między 6 a 10 kręgiem grzbietowym. Ból ten nie zmienia się przy wykonywaniu ruchów czynnych i biernych, zwiększa się tylko przy ucisku na wyrostki kolczyste od 6 do 9go kręgu, mimo że badanie nie wykrywa tamże żadnych nieprawidłowości. Chory może siedzieć prosto w łóżku, chodząc jednakże przechyla stos pacierzowy ku tyłowi, garbiąc się mimowoli. Uderzenie serca co do siły i obszaru prawidłowe widzieć i wymacać można w 4 i 5 przestworze międzyżebrowym na wewnątrz od sutka; rozmiary stłumienia prawidłowe; tony nad komórkami czyste, tylko tony skurczowe nad tętnicą płucną i główną zakończone jednostajnym dość miękkim szmerem. Z przodu szmer ten rozszerza się ku obojczykowi prawemu, a najwyraźniéj słyszeć się daje z tyłu na klatce piersiowéj po stronie prawéj między brzegiem wewnętrznym łopatki a stosem pacierzowym jako szmer skurczowy bez śladu tonu. Tętno wszędzie między sobą równoczesne, tylko tętnice udowe w porównaniu ze sprychowemi uderzają nieco słabiéj. Bicia serca chory nie doznaje. Tętno 80, co do wielkości i twardości prawidłowe. Ciepłota 36·1° C. — Brzuch zapadły, mięśnie brzuszne napięte, kurczą się mocno przy obmacywaniu. Podżebrze lewe nieco pełniejsze, a konsystencyja tamże większa. Ugniatanie łuku żebrowego lewego, a jeszcze bardziéj podżebrza lewego

sprawia choremu dotkliwe bóle. Przy bliższém badaniu czuć pod łukiem żebrowym guz twardy, równy, mocno bolesny, przy wdechu nieruchomy i nieprzesuwalny, który w linii sutkowéj rozpoczyna się na dwa palce poniżéj łuku żebrowego, rozciąga się ku wewnątrz po za liniję przysutkową lewą, od dołu zaś ściśle odgraniczyć się nie daje i gubi się w linii pachowéj w głębi jamy brzusznéj. Obwód brzucha poniżéj łuku żebrowego po stronie lewéj jest o 1 cm. większy aniżeli po prawéj. Odgłos wypukowy po nad guzem jest stłumiony; stłumienie to w części przodkowéj i bocznéj nie jawnieje przy głębokim wdechu, a od tyłu przechodzi w stłumienie, które rozpoczyna w linii pachowéj lewéj na 8 żebrze i jawnieje przy wdechu. Nad guzem słychać słabo dwa tępe tony. Brzeg wątroby niemacalny, podżebrze prawe przy ucisku niebolesne, stłumienie wątroby sięga w linii pachowéj i sutkowéj tylko do łuku żebrowego, a w wymiarze poprzecznym nie przekracza linii białéj. Żołądek nieco większych rozmiarów, okolica jego twardo sprężysta, przy ucisku bolesna. Badanie okolic lędźwiowych wydaje wynik ujemny; lewa jest bolesną tylko przy bardzo głębokim ugniataniu. — Mocz w ilości 800 cm. na dobę, barwy wino-żółtéj, oddz. kwaśnego, c. g. 1021, okazuje uroksantyn, fosforany potasowców i siarkany w ilości zwiększonéj, fosforany ziemne, w ilości zmniejszonéj, i zawiera mały ślad białka. — Chory jest mocno osłabiony i przepędza noce bezsennie.

Z powodu ciągłego bólu w okolicy podżebrza lewego i dołka podsercowego leży chory w łóżku skulony na boku lewym, albo też wspiera się na kolanach i łokciach. Najczęściéj nad ranem i pod wieczór a więc w czasie, gdy chory nie przyjmuje żadnego posiłku stałego, ból ten wzmaga się do wysokiego stopnia, niekiedy tylko powstają silniejsze bóle po spożyciu pokarmów stałych i podczas oddawania stolca. Przechadzając się chory dla ulżenia sobie bolów przechyla się ku przodowi i na stronę lewą, ściąga się mocno paskiem i przyciska łokciem i przedramieniem podżebrze lewe. Wzdęcie i prężenie w brzuchu zjawia się często i niestoi w żadnym związku z używaniem pokarmów. W dniach, gdzie bóle są bardziéj dokuczliwe, niema chory żadnego apetytu, w dniach wolniejszych spożywa z dosyć dobrym apetytem podane mu potrawy lekkie. Odbijania i nudności przydarzają się często w rozmaitych porach; stolec nastaje co kilka dni i to tylko po użyciu lewatywy lub środka przeczyszczającego.

R o z p o z n a n i e choroby napotykało na znaczne trudności, głównie z powodu niemożności pogodzenia ze sobą objawów chorobowych w narządzie krążenia i trawienia. Przy bliższém dochodzeniu nie można było odnieść przypadów żołądkowych do samoistnego cierpienia żołądka jak raka lub wrzodu przeszywającego, a to z powodu, że nie było wcale wymiotów i stolców krwawych, a nudności, odbijanie i wzdęcie nie miały ścisłego związku z używaniem pokarmów, nadto apetyt w dniach wolniejszych od bolów był dosyć dobry. Przypady żołądkowe mogły więc pochodzić tylko od obrzęku, znajdującego się w podżebrzu lewem.

Obrzęk ten mógł być zwyrodniałą śledzioną, nerką, nadnerczem, tętniakiem, ropniem lub nowotworem pozażołądkowym lub pozaotrzewnowym. Przeciwko śledzionie przemawiała nieruchomość obrzęku, podczas gdy stłumienie w pasze lewéj obniżało się przy wdechu i brak choroby, któraby tłumaczyła tak znaczne powiększenie tego organu. Przeobrażeniu nowotworowemu nerki, zapaleniu okolonerkowemu lub zwyrodnieniu torbielowatemu nie odpowiadał brak jakichkolwiek zmian w okolicy lędźwiowéj, zboczeń w oddawaniu moczu i zmian w składzie takowego. Przeobrażenie rakowe lub serowate nadnercza można było wykluczyć dla braku ciemnego zabarwienia skóry, braku zmian gruźliczych w innych narządach, braku zmian w okolicy lędźwiowéj, jak niemniéj z powodu, że choroba rozpoczęła się przypadami żołądkowymi. Za tętniakiem przemawiał wprawdzie szmer skurczowy nad tętnicą główną słyszalny najwyraźniéj z tyłu na klatce piersiowéj po stronie prawéj, dwukrotne bicie serca i bolesność kręgów, któraby mogła pochodzić od niszczenia kręgów przez tętniak aorty piersiowéj rozszerzający się na aortę brzuszną; jednakże brak miażdżycy tętnic, urazu, przerostu serca, równoczesność tętna we wszystkich tętnicach obwodowych, nakoniec niemożność wyśledzenia tętnienia ani na klatce piersiowéj ani na obrzęku, przypuszczeniu temu nie odpowiadały. Jako jedyne możebności pozostały więc: ropień lub nowotwór zażołądkowy lub zaotrzewnowy. Prawdopodobieństwo rozpoznawcze jednego i drugiego było zupełnie równe, gdyż badanie nie wykryło ani guzowatości obrzęku, któraby odpowiadała nowotworowi, ani chełbotania właściwego ropniowi.

Ponieważ rozpoznanie to nie tłumaczyło ani szmeru skurczowego ani bolesności kręgów, przeto starano się wyśledzić właściwą przyczynę tych objawów. Szmer skurczowy pochodzić mógł od tętniaka, zwężenia ujścia, chropowatości na wewnętrznéj powierzchni aorty, zwężenia aorty w łuku lub części zstępującéj, lub od uciśnienia aorty od zewnątrz. Tętniak wykluczono już poprzednio z wielkiem prawdopodobieństwem, chropowatościom na wewnętrznéj powierzchni aorty nie odpowiadał wiek chorego, zwężeniu ujścia aorty nie odpowiadała obecność pierwszego tonu (obok szmeru) przy spojeniu 3go żebra prawego z mostkiem, brak przerostu lewéj komórki i brak cechującego tętna. Niemożność wyśledzenia krążenia obocznego przez tętnice międzyżebrowe, nie pozwalała rozpoznawać zarośnięcia aorty, a zmniejszone napięcie tętnic udowych zarówno pochodzić mogło od ucisku aorty przez obrzęk w podżebrzu lewém, jakoteż od zwężenia wrodzonego łuku lub części zstępującéj aorty piersiowéj.

Bolesność kręgów mogła mieć swą przyczynę w zapaleniu takowych, za czem przemawiała wątła budowa i złe odżywienie chorego. Przyjąwszy, że ropa wytworzona pod więzadłem podłużnem przodkowem stosu pacierzowego obniżając się zapuszcza się do jamy brzusznéj, możnaby było wytłumaczyć obrzęk w podżebrzu lewem jako ropień ociekłinowy, a szmer skurczowy w aorcie jako szmer wywołany przez ucisk ropnia na tętnicę główną. Ponieważ jednak w początkach choroby stos pacierzowy wcale nie był bolesny, obecna jego bolesność pochodzić mogła od tego, że chory w napadach silnego bólu często uderzał się pięścią po plecach (na co dopiero dodatkowo zwrócił uwagę), przeto odstąpiono od ponętnego rozpoznania zapalenia kręgów, pomimo że takowe zdawało się tłumaczyć wszystkie objawy chorobowe, a pozostano przy prawdopodobném rozpoznaniu ropnia wytworzonego w saméj jamie brzusznéj lub nowotworu w sąsiedztwie żołądka, który ugniatając na aortę jest przyczyną mniejszego wypełnienia tętnic udowych i szmeru skurczowego słyszalnego najwyraźniéj na tylnéj powierzchni klatki piersiowéj po stronie prawéj. W celu bliższego rozstrzygnięcia tych wątpliwości rozpoznawczych, postanowiono śledzić pilnie dalszy p r z e b i e g c h o r o b y.

Aż do dnia 12 stycznia 1870 stan chorego nie uległ żadnéj znaczniejszéj zmianie. Ciepłota ranna wynosiła 36·3—36·9°, tętno 100—104; ciepłota wieczorna 37·—37·3° C.,

tętno 92—96. Kilka razy żalił się chory na dreszczyki, wśród których jednakże ciepłota wcale się nie podnosiła. Ciężar ciała zmniejszył się o $1\frac{1}{2}$ ff. Bóle wymagały częstych wstrzykiwań podskórnych znaczniejszch dawek morfinu. Wymiary żołądka były mniejsze.

Dnia 12 stycznia pojawił się nowy przypad, który zwrócił na siebie szczególną uwagę. Chory zauważał, że od rana ciągle mu się w brzuchu przelewa. Badając stwierdzono w dołku podsercowym pluskanie metaliczne najpodobniejsze do bardzo grubobańkowego rzężenia metalicznego, które występywało jedynie tylko w czasie skurczu serca i było całkiem równoczesne z tętnem. Ponieważ objaw ten trwał niekiedy bez przerwy kilkanaście minut, można się było z takowym bardzo dokładnie zapoznać. Pluskanie to było najwyraźniejsze w dołku podsercowym bliżéj łuku żebrowego lewego, rozciągało się ztąd ku górze do 3go żebra, ku dołowi do pępka, ku stronie prawéj do linii sutkowéj, a ku stronie lewéj do linii pachowéj. Strząsanie *(succusio)* nie zwiększało tego objawu ani nie wywoływało go, gdy dobrowolnie na chwilę znikał. Zamiast odgłosu poprzednio zupełnie stłumionego pojawił się nad obrzękiem odgłos stłumiono bębenkowy.

Przez następne dwa dni pluskanie było ciągłe, najczęściéj równoczesne ze skurczem, czasem tylko równoczesne z rozkurczem serca, nadto pojawiało się równocześnie przy każdym głębokim wdechu. Niekiedy osobliwie przy wstrzymanem oddychaniu słyszeć można było zamiast pluskania metalicznego, obydwa tony sercowe z bardzo wyraźnym podźwiękiem metalicznym i to najwyraźniéj nad 6tem żebrem w linii sutkowéj lewéj. Chory okazywał ogólny rozstrój nerwowy i z powodu większych bólów domagał się większych dawek morfinu.

Dnia 16 stycznia oddał chory z rana wśród zwiększonych bólów stolec twardy, który powleczony był istotą śluzoworopną zmięszaną z prążkami krwi ciemnéj. Popołudniu wśród mniejszych bólów i bez parcia pojawił się taki sam stolec wraz z strzępkami nekrotycznemi podobnemi do strzępków przy czerwonce napotykanych. Objawy metaliczne utrzymywały się w tym samym rodzaju i stopniu.

Dnia 17 stycznia spostrzegł chory odbijanie cuchnące bardzo przykre, za to bóle w podżebrzu lewem i uczucie wzdęcia zmniejszyły się, obrzęk przy macaniu był mniéj bolesny i zdawało się, że się zmniejszył. Objawy metaliczne mniej wyraźne pojawiały się w dłuższych odstępach czasu. Popołudniu oddał chory stolec w ilości 600 cm. sześć., obrzedni, fusowaty, zmięszany z małą ilością śluzu, w którym pod drobnowidem znaleziono ciałka krwi czerwone pokurczone i w części rozpadłe, wolny barwik brunatny, miazgę bezpostaciową i ciałka wypocinowe w małéj ilości. Przysłuchowe objawy metaliczne znikły zupełnie.

Jak dotychczasowy przebieg choroby zdawał się odpowiadać ropniowi, w którym wytworzyły się gazy i który przebił się do przewodu pokarmowego, tak dalszy przebieg zdawał się rychléj odpowiadać sprawie nowotworowéj.

Odżywienie chorego podupadało odtąd coraz bardziéj, bole powiększały się napowrót, odbijanie się cuchnące utrzymywało się bez przerwy, a co kilka dni pojawiały się stolce czekuladowe lub fusowate pomięszane ze śluzem. Pluskanie metaliczne znikło, a tony sercowe osłabły i nie towarzyszył im wcale podźwięk metaliczny. Z końcem stycznia powstały bole w odnodze dolnéj lewéj z cechą nerwobólu. W lutym ważył chory tylko 77 ff. i był do najwyższego stopnia wynędzniały, a obiedwie kończyny dolne były w miernym stopniu obrzmiałe. W początku marca opuchlina pojawiła się także na twarzy i na kończynach górnych. Dnia 13 marca po poprzedniem dreszczu powstały bóle w całym brzuchu, ciepłota dotychczas zawsze niska podniosła się do 38·2 a popołudniu do 39·6° C., język był suchy, brzuch mimo upośledzonéj przytomności przy najlżejszym ucisku bolesny, wydęty i twardy (zapalenie otrzewny). W dniu 14 marca wieczór chory zakończył życie.

Sekcyja wykonana w dniu 16 marca (Dr. Pareński) wykazała: *Sarcoma teleangiectodes glandularum lymphaticarum retroperitonealium subsequente accretione et perforatione ventriculi. Peritonitis universalis acuta. Sarcomata et tumores cavernosi hepatis. Isthmus aortae. Infarctus pulmonum recentes.*

Ustępy w protokóle sekcyjnym odnoszące się do serca i trzewów brzusznych brzmią jak następuje:

W worku sercowym około 3 uncyj płynu surowiczego. Na przedniéj powierzchni osierdzia trzewowego w bliskości końca serca i odpowiednio temu na osierdziu ściennem w rozległości 1 ctm. kwadr. strzępki tkanki łącznéj wykształconéj. Serce skurczone, komórki prawidłowéj wielkości. Zastawki aorty nieco grubsze. Na wewnętrznéj powierzchni aorty wstępującéj kilka drobnych żółtawych wyniosłości. Światło aorty tuż po wyjściu z niéj tętnicy podobojczykowéj lewéj zwężone tak, że przez nią zaledwie palec mały przecisnąć można. Zwężenie to dochodzi aż do miejsca wyjścia z aorty tętnic międzyżebrowych. Tętnice wychodzące z łuku aorty są szersze.

W jamie otrzewnowéj kilka funtów płynu krwawo zabarwionego, lepkiego, mętnego, w jamie Douglasa i w częściach najniżéj położonych gęsta, żółta ropa. Otrzewna cała nastrzykana, pokryta cieniutką warstwą włóknika. Na otrzewnéj kiszkowéj, kiszkach, sieci większéj i na przeponie liczne guzki barwy szaro-różowéj, dość zbite, gładkie. Trzewia w okolicy żołądka ze sobą pozrastane; w jamie utworzonéj z tylnéj powierzchni żołądka, śledziony, sieci, okrężnicy poprzecznéj i tylnéj ściany jamy brzusznéj znajdują się guzy dość zbite w jedną prawie bryłę zrośnięte otaczające ciecz brudnobrunatną, cuchnącą, gęstą.

Tylna ściana żołądka zgrubiała, zrośnięta z sąsiedniemi guzami a w części w utkanie różowo-żółte przeobrażona, jest przedziurawiona; otwór jest okrągły, średnica jego wynosi około $\frac{3}{4}$ cala, od zewnątrz jest szerszy niż wewnątrz żołądka, tak że błona śluzowa wywija się przezeń na zewnątrz. Przez otwór ten wchodzi się do jamy powyżéj opisanéj, któréj tylną ścianę stanowią nowotworowo zwyrodniałe gruczoły zaotrzewnowe wraz z częścią trzustki zamienionéj na utkanie nowotworowe, górną zaś przepona powierzchownie zniszczona.

W przypadku tym niepotrzeba wcale silić się na dowody, że pluskanie metaliczne i metaliczne tony sercowe powstawały w jamie rozpadowéj po za żołądkiem przez udzielanie się tamże tonów i ruchów serca. Że nie żołądek był miejscem, gdzie tony serca i przelewający się płyn przybierał cechy metaliczności wynika już ztąd, że w czasie gdy żołądek był rozszerzony nie było żadnych objawów metalicznych, a pojawiły się one w czasie, gdy wymiary żołądka się zmniejszyły.

Wszakże prawdopodobieństwo przemawia za tem, że w środku nowotworu skutkiem wstecznego przeobrażenia się

powstał najpierw rozpad i prawdziwe owrzodzenie (jak się wyraża Virchow. *Geschwülste* II. 262), skutkiem czego wytworzyły się gazy, które wraz z miazgą wypełniały jamę rozpadową. Owrzodzenie to szerząc się ku przodowi zniszczyło część tylnéj ściany żołądka i tak już nowotworowo zwyrodniałéj i wytworzyło komunikacyję między żołądkiem a jamą rozpadową. Niszczeniu ścian żołądka towarzyszyły krwotoki, które były przyczyną stolców krwawych. Mogły one tem rychléj powstawać, o ile utkanie nowotworu przejęte było bardzo licznemi naczyniami.

Ponieważ objawy metaliczne słyszalne były w czasie, gdzie nie było żadnych przypadów przebicia się nowotworu do żołądka, a ustąpiły wkrótce po pojawieniu się przypadów perforacyi (odbijania się cuchnącymi gazami, stolców zawierających krew przetrawioną i zmniejszenia się rozmiarów i bolesności obrzęku) przeto wnosić należy, że głównym warunkiem powstania takowych było nadmiarowe rozprężenie ścian jamy przez gazy, gromadzące się w coraz większéj ilości, w których tony serca i ruchy płynu wzniecone ruchami serca wywoływały drżenia odbijające się regularnie o rozprężone ściany. Po nastaniu perforacyi zwolniało napięcie ścian jamy, a ilość gazów się zmniejszyła, brakło więc warunków do oddźwięku. Domyślać się można, że w przypadku I. wśród podobnych, a nawet mniéj korzystnych warunków, niż w przypadku obecnym po perforacyi, istniały objawy metaliczne dlatego tylko, że jama rozpadowa znajdowała się w bliższém sąsiedztwie ze sercem.

Brzmienia metaliczne pochodziły od serca nie zaś od ruchów i tonów aorty brzusznéj, gdyż tony metaliczne występowały najwyraźniéj w wysokości 6go żebra w linii sutkowéj, a jama rozpadowa odgraniczona od góry ścieńczałą przeponą była bardziéj zbliżona do serca, aniżeli do aorty brzusznéj, która zakryta była nierozpadłemi jeszcze guzami nowotworowemi.

Na podstawie powyższych dwóch przypadków rozszerzyć musimy na wstępie wymieniony szereg stanów chorobowych, w których powstać mogą objawy metaliczne zależne od ruchów serca, a mianowicie dodać do takowego jamy z rozpadu nowotworów w jamie brzusznéj, które komunikują z żołądkiem, lub które mieszczą w sobie gazy, a leżą w bliskości przepony.

II. Oceny i sprawozdania.

O przewlekłém zapaleniu cewki moczowéj u mężczyzn.

Trzy wykłady kliniczne prof. Auspitz'a. Sprawozdanie Dra L. Glücka.

Autor znany z licznych prac na niwie chorób wenerycznych, podaje w trzech odczytach, które streścić zamierzamy, nietylko sprawozdanie z prac innych autorów, które się przyczyniły do rozjaśnienia i postępu wiadomości o przewlekłem zapaleniu cewki moczowéj u mężczyzn w ostatnich latach, ale głównie zestawia wyniki własnych badań, które w kilku punktach się różnią od dotychczasowego zapatrywania na w mowie będącą sprawę.

W trzech głównie punktach postąpiły w ostatniém dziesiątku lat wiadomości nasze o przewlekłém zapaleniu cewki moczowéj. Wziernik cewkowy rozszerzył i udoskonalił sposób badania, umożebnił oglądanie zmian chorobowych *in vivo* i przyczynił się do udoskonalenia leczenia.

W wykładzie pierwszym, pod napisem: „Przyczynek do sposobu badania cewki moczowéj“, stwierdza, autor, że badanie wziernikowe cewki stało się dla jéj patologii koniecznością. Ponieważ jednak cel pracy nie dozwala dokładnego skreślenia endoskopii jako odrębnéj całości, dlatego A. podaje tylko swoje zapatrywania w tém przedmiocie i to ogólnikowo, przyczém jednak ciągle uwzględnia rzerzączkę przewlekłą, jako przedmiot swojego zadania.

Wszystkie cierpienia cewki moczowéj dzielą się na takie, którym towarzyszą objawy zapalenia ostrego, i na cierpienia bez tych objawów. Przy badaniu pierwszych ograniczamy się zazwyczaj do wywiadów i stwierdzenia objawów przedmiotowych i podmiotowych, wiemy bowiem z przekonania, że badanie narzędziami nietylko zbytecznèm, ale nawet szkodliwém być może. Po ustąpieniu objawów najostrzejszych, wprowadzenie narzędzi do cewki, a nawet do pęcherza jest możebnem i dla chorego nie zbyt dotkliwém, jednak w celach praktycznych zazwyczaj zbytecznèm. Gdy zaś cierpienie przeszło w okres przyostry lub przewlekły, natenczas musimy uwzględnić, czy ono rozwinęło się z zapalenia ostrego, lub czy już od samego początku było przewlekłém. W pierwszym razie wiemy, że mamy przed sobą zwykłą rzerzączkę, któréj typowy przebieg aż do zupełnego ustąpienia wymaga tego okresowego zmniejszenia objawów, tutaj zazwyczaj badanie jakiemkolwiek narzędziem jest zbytecznèm, wyjąwszy, gdy nas do tego skłaniają objawy nie należące do prawidłowego przebiegu rzerzączki. Jeżeli rzerzączka trwa dłużéj nad 6 — 10 tygodni, lub gdy wypływ po ustąpieniu wraca bez wiadowych przyczyn, powinniśmy przystąpić do badania cewki za pomocą narzędzi.

Jeżeli cierpienie od samego początku przebiegało bez objawów ostrych, natenczas nie tylko możemy ale musimy przystąpić do badania za pomocą narzędzi, szczególnie gdy uwzględnimy rozmaitość możebnych zmian i ich siedziby.

Badanie narzędziami jest zatém wskazaném: *a)* we wszystkich rzeczywiście przwlekłych cierpieniach cewki i *b)* w rzerzączce zwykłéj, jeśli nas do tego skłaniają pewne przypady nie należące do prawidłowego jéj przebiegu.

Wiemy z doświadczenia, że zdarzają się dość często rzerzączki, którym brak objawów ostrych, szczególnie jeśli one nagabywają indywidua drugi lub trzeci raz w życiu. W takim razie niemożemy niekiedy oznaczyć, czy mamy przed sobą świeżo nabyte cierpienie, lub czy ono jest tylko nasileniem dawniejszego; wskazanie powyższe obejmuje i te przypadki.

Badanie narzędziami polega: 1) na macaniu błony śluzowéj cewki za pomocą cewnika, zgłębnika metalowego i stoczka najlepiéj guziczkowego. Wprowadziwszy narzędzie do pęcherza, cofamy je powoli i z przestankami, przyczém uwzględniamy *a)* czy narzędzie nie natrafia w którém miejscu cewki na opór wyczuwalny, *b)* czy nie występuje w pewném punkcie lub wzdłuż całéj cewki uczucie bolu lub pieczenia, naturalnie po poprzedniem zbadaniu wrażliwości osoby, którą badamy i wreszcie *c)* czy po wprowadzaniu narzędzia nie następuje krwawienie z cewki, lub który z objawów zadrażnienia pęcherza. Teraz przystępujemy do dalszego badania. Wynik dodatni poprzedniego daje nam pewne wskazówki, na które miejsca mamy teraz zwrócić naszą uwagę, wynik ujemny nie wyklucza jednak dalszego badania, które polega na wziernikowaniu cewki, brak nam tylko wskazówek ułatwiających to badanie.

Wziernik cewkowy składa się z trzech części, ze źró-

dla światła (lampa gazowa lub naftowa), zwierciadła wklęsłego (Reflector) i rurki prostéj lub jak cewnik zakrzywionéj, którą się wprowadza do cewki. Autor używał jako źródła światła zwykłéj lampy naftowéj, jako reflektora, zwierciadła do badania krtani i prostéj rurki stalowéj, dwulistnéj, w trzech stopniach grubości. Rurki były 6 cm. długie, a 6½, 7 i 7½ mm. grube. Rurki te są pomysłu autora i różnią się od wszystkich dotychczas używanych głównie tém, że jako dwulistne mogą być rozszerzone i powiększyć pole widzenia. Każda rurka składa się z dwóch równych połów, które za pomocą zastawek ruchomo są połączone. Do cewki wprowadza się je zamknięte ręką prawą przewodnikiem opatrzone, a następnie wyjmuje się przewodnik, trzonek dwudzielny sztabką ząbkowaną i sprężynką uzbrojony bierze się w rękę lewą; jeżeli teraz wpuściwszy światło do cewki, chcemy powiększyć pole widzenia, ściskamy tylko ramiona trzonka, które się do siebie zbliżają, a tém samém oddalają się od siebie obie połowy wziernika i cel w ten sposób osiągamy. Po skończoném badaniu zwalniamy tylko ucisk na trzonek a narzędzie się zamyka. Autor zapewnia, że mu się nigdy nie przytrafiło zranić błony śluzowéj przy zamykaniu wziernika.

Wziernik wprowadza się zazwyczaj wzdłuż osi cewki w ten sposób, aby tak zwany obraz środkowy *(Centralfigur)* zawsze zajmował szczyt pola widzenia. Całe pole widzenia tworzy zazwyczaj „lejek“. Głębokość lejka i kształt obrazu środkowego zależy od rozmaitych okoliczności a zwłaszcza: *a)* od części cewki którą badamy, *b)* od stanu w jakim się znajduje błona śluzowa téj części, *c)* od siły z jaką wsuwamy rurkę do cewki i *d)* od tego czy ją wsuwamy do cewki czy też wysuwamy. Autor nie godzi się na wyraz „lejek“ zamiast tego mówi o „głębokości obrazu środkowego“ i o kształcie i wywinięciu *(Wulstung)* błony śluzowéj od brzegu wziernika.

Prócz głębokości, kształtu obrazu środkowego i stanu błony śluzowéj wchodzącéj jako „wywinięcia i fałdy“ w zakres pola widzenia, rozróżniamy za pomocą wziernika i jéj zabarwienie. Uwzględnić jednak należy, że już sam ucisk tylnego końca narzędzia wywołuje przekrwienie błony śluzowéj, dla tego też barwę jéj oceniamy zawsze dopiero po odliczeniu tego stanu wywołanego narzędziem (?). Zabarwienie błony śluzowéj nawet zupełnie prawidłowéj jest w pojedynczych częściach cewki rozmaitém, co od niejednostajnego rozgałęzienia naczyń zależy, najjaśniejszém jest ono z przodu części jamistéj (jasno-różowe), a najciemniejszém, ciemno-czerwone, w przedniéj części sterczowéj i całéj jamistéj.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

A. Frey: **Rozpylacz krtaniowy.** (Laryngeal-Sprey).

Wszystkie dotychczasowe przyrządy, służące do bezpośredniego stósowania leków na błonę śluzową krtani, podzielić można na 2 grupy: do pierwszéj należą takie, które wprowadza się bezpośrednio do saméj krtani, (rączki odpowiednio zakrzywione, opatrzone żegadłem, gąbką, pędzelkiem, lub też wydrążone jak pulweryzator i strzykawka krtaniowa), do drugiéj t. z. przyrządy inhalacyjne. Żegadła, gąbki i pędzelki są bardzo dobre w przypadkach, w których leki stósować chcemy na miejsce ściśle ograniczone; tylko że drażnią dość silnie, wywołując przykre napady kaszlu i dławienia. Przyrządy inhalacyjne wprawdzie pozwalają stósować bez drażnienia rozmaite leki, ale nie można zapomocą nich stósować leków wprost i wyłącznie na miejsce chore, lecz trzeba długo wdychać, aby mieć niejaką pewność, że choć jakaś część leku dostała się na miejsce pożądane; to zaś przedewszystkiem zależy od przypadku, gdyż przeważna część leku osiada na ścianach ust i połyku. Nie możemy też używać leków w pożądaném natężeniu, aby napróżno części tych nie drażnić.

F. obmyślił przyrząd, któryby posiadał zalety pierwszéj i drugiéj grupy, a wolny był od ich wad tj., aby z jego pomocą można bezpośrednio stósować rozmaite leki na błonę śluzową krtani bez drażnienia. W tym celu zamodyfikował znany powszechnie rozpylacz Richardsona. W naczyniu szklanném wypełnioném powietrzem znajduje się drugie mniejsze, opatrzone podziałką, do którego wlewa się odpowiedni lek. Od tegoż naczyńka odchodzi wąż sprężnikowy dostatecznie długi. Drugi koniec tegoż węża łączy się ze zgłębnikiem krtaniowym, opatrzonym wewnątrz dwoma kanałami (dla płynu i powietrza), za uciskiem korka ze sobą komunikującymi. Użycie tego przyrządu jest proste. Napełniwszy naczynie zewnętrzne powietrzem zapomocą odpowiedniego baloniku, kieruje się przy pomocy zwierciadła krtaniowego zgłębnik ku miejscu krtani, na które lek stósować chcemy; za uciskiem palca na kurek na zgłębniku umieszczony prąd powietrza rozpyla lek zawarty w naczyńku wewnętrznem, a ten wygodnie według woli stósowanym być może krócéj lub dłużéj, w pożądanéj ilości, w mniejszém lub większém natężeniu.

F. używał tego przyrządu w ostrym i przewlekłym nieżycie krtani (stósując roztwory soli kuchennéj, azotanu srebrowego, hałunu, kwasu karbolowego itp.), przeciw bezgłosowi u histeryczek (stósując wodę lodową, morfin, bromek potasu); zaleca również użycie tego przyrządu w błonicy i dławcu, oraz po dokonaném cięciu krtaniowém. *(Berl. klin. Woch.* 1879, N. 26). *Dr. Smoleński.*

Zbiór pism hippokratowy w świetle nowożytnéj krytyki.

Wyłożył na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. dnia 4 czerwca 1879

Prof. Dr. **Józef Oettinger.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

Kreśli z kolei w krótkich a wyrazistych rysach różnice fizyczne i moralne pomiędzy mieszkańcami Europy i Azyi w ogólności, a w szczególności pojedyńczych krajów i ziem tak jednéj jak i drugiéj części świata. Pełne powabu i żywości są opisy różnych zwyczajów i obyczajów, tudzież społecznych urządzeń, których zbawienny lub szkodliwy wpływ na fizyczny rozwój ustroju przenikliwie także pochwycił. Wykazuje np. że mimo licznych przyjaznych stosunków fizycznych niewola jest wielką w téj mierze przeszkodą, wolność zaś i swoboda korzystną podnietą. Ludy bowiem uciemiężone, pracując i walcząc nie dla siebie, lecz dla swojego władcy, pragną się uwolnić od tego trudu nieprzynoszącego im żadnéj korzyści, wolą okazywać się niezdolnymi do tych posług, zaniedbują więc nietylko starania około wzmocnienia sił i ciała, lecz zależy im jeszcze na tém, aby niedopuścić jawnéj tęgości i mocy. Wolny przeciwnie stając w obronie najdroższych swoich skarbów, pragnie być ile można, najbitniejszym.

Wierność jednego z opisów zawartych w tej ciekawéj księdze została za naszych czasów tj. po upływie 23ch wieków przypadkiem świetnie stwierdzona.

Pomiędzy mieszkańcami północnego wybrzeża morza Czarnego wspomina Hippokrat o ludzie mającym siedzibę nad jeziorem Maiotis (dzisiejsze morze azowskie), który zwie długogłowym (Μακροκέφαλοι), wyjaśniając, że kształt ten czaszki był zrazu skutkiem umyślnego sztucznego ściskania główek noworodków, a z czasem dopiéro stał się wrodzonym i dziedzicznym.

Długo sądzono, że autor helleński powtórzył tylko zasłyszaną bajeczną powiastkę, aż Rathke podając w r. 1843 wiadomość w czasopiśmie *„Archiv. f. Anatomie u. Physiologie“* o naukowych wypadkach zebranych z archeologicznych wykopalisk w Kerczu (w Krymie) wykazał, iż obok grobów greckich znaleziono tam zupełnie odmienne co do sposobu układania i chowania zwłok, pochodzących od innego ludu, a w nich czaszki odznaczające się kształtem przeważnie długim. Znane są dziś te głowy sztucznie wydłużane Antropologom pod nazwą tatarskich i sprawdzają w sposób uderzający spostrzeżenie a zarazem i wiarogodność wielkiego lekarza i pisarza starożytnego.

Z wyszczególnionych dotąd dzieł jawnie się okazuje, jak każde z nich badaniu lekarskiemu coraz inną wyznacza i otwiéra dziedzinę. O jednéj ważnéj gałęzi wspomnieć nam jeszcze przychodzi, któréj ów wielki mąż jął się także z niemniejszém, jak w tamtych, mistrzowstwem i powodzeniem tj. o Chirurgii.

Pięć pism poświęconych jest szczególnym działom téj nauki a mianowicie:

7) O stawach właściwie o zwichnieniach (περὶ ἄρθρων, *de articulis*).

8) O złamaniach (περὶ ἀγμῶν, *de fracturis*).

9) O drążku albo raczéj rzecz o przyrządach ku naprawie zwichnień (Μοχλικόν, *de instrumentis reductionis)*.

10) Z zakresu lekarni (κατ' ἰητρεῖον, *de officina medica)*.

11) O ranach głowy (περὶ τῶν ἐν κεφαλῇ τρωμάτων, *de capitis vulneribus)*.

O poprzerzucanych nawzajem rozdziałach w księgach pod napisem: O stawach i złamaniach była już powyżéj wzmianka, tudzież o têm, że pierwotnie składały jedno dzieło, którego: Rzecz o przyrządach ku naprawie zwichnień jest streszczeniem. Nie mogąc tu bliżéj wchodzić w rzecz samą, dodam tylko pod względem zewnętrznego rozkładu i powinowactwa ich osnowy, iż z toku rzeczy wypada, aby księga o złamaniach wyprzedzała drugą o zwichnieniach, a nie następowała po niéj, jak to ma miejsce w zbiorze. Pismo: Rzecz z zakresu lekarni jest zbiorem rzuconych notat, mających atoli związek z księgami powyższemi. Malgaigne trafnie odgadł, iż mogło ono służyć za wstęp do nich, jednakże zapewne nie w téj postaci ułomnéj, niejasnéj, niedbale na papier rzuconéj, przypuścić więc tylko należy, że te zapiski służyły albo za wątek do wstępu rzeczywiście wypracowanego a zaginionego, albo też do zamierzonego a niedoszłego do skutku, albo nakoniec, że przeciwnie były już wyciągami lub skróceniem dokonanego dzieła.

Oto ciekawy z nich urywek wskazujący trafnie środki i warunki ścisłego badania: „Co można widzieć, macać, słyszeć; co tylko wzrokiem, dotykiem, słuchem, nosem, językiem, myślą dostrzedz się daje, co wszystkiemi narzędziami, któremi poznajemy, (wyśledzić się daje), zbadać należy“

Co do księgi o ranach głowy, mającéj koniec uszkodzony, wspomnę tylko, że zajmuje się ona głównie złamaniami czaszki i ich leczeniem ze szczególném uwzględnieniem nawiercania czyli trepanacyi.

Wartość naukową tych znakomitych zabytków w porównaniu z dzisiejszém stanowiskiem chirurgii starał się Littré wyjaśnić z pomocą takich na têm polu powag, jak Pott, Velpeau, Malgaigne, Astley Cooper i t. p.

12) Przysięga (ὅρκος *Jusjurandum*).

13) Ustawa (Νόμος, *Lex*).

Oba te krótkie pisemka powinowate z sobą duchem i treścią liczą się od najdawniejszych czasów do rodzimych; noszą one na sobie cechę bardzo odległéj starożytności wyprzedzającéj jeszcze zapewne o wiele wiek samego Hippokrata. Pierwsze z nich mianowicie sięga widocznie pory, kiedy powołanie lekarskie łączyło się jeszcze z kapłaństwem i podobnego wymagało namaszczenia, nadawanego i uświęcanego przysięgą uroczystą, w któréj tchnie poczucie wysokiego posłannictwa i do stopnia wzniosłości uszlachetnionego obowiązku. Obrządek ten poczęty w świątyni utrzymał się nadal, gdy umiejętna opieka nad zdrowiem zrzuciła duchowną sukienkę i przybrała świecką. Aż do naszych czasów przechował się ten zwyczaj, któremu za pierwotne tło służyła osnowa téj hippokratowéj przysięgi, zbogaconéj w średnich wiekach symbolicznemi godłami, o wiele dziś znowu uproszczonéj, noszącéj atoli zawsze jeszcze niezatarte ślady swego odwiecznego pochodzenia.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Choroby nagminne w Galicyi w ciągu lipca 1879.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem czerwca	przybyło	z tych: wyzdrowiało	z tych: umarło	z tych: pozostało w leczeniu: chorych	z tych: pozostało w leczeniu: w gminach
Ospa	5	3470	8	59	44	14	9	1
Odra	39	35616	500	1379	1469	88	328	15
Płonica	8	6273	43	169	124	35	35	4
Błonica	26	34179	44	320	195	146	23	7
Dur brzusz.	4	2422	13	27	37	3		
Dur osutkow.	10	9800	92	115	158	4	45	4
Krztusiec	29	37710	536	1346	839	48	995	18
Czerwonka	6	6652		213	60	23	130	6

Dr. Merunowicz.

* W Pradze czeskiéj na 180,000 mieszkań znajduje się 332 osób do praktyki lekarskiéj upoważnionych, czyli na 546 mieszkańców 1 lekarz, a przypuściwszy nawet, że czwarta część nie wykonywa praktyki, to zawsze pozostaje jeszcze 249, czyli 1 lekarz na 729 mieszkańców.

*) W Gracu (w Styryi) zamierzają przywrócić zakład dla podrzutków, zwinięty w r. 1871.

* D. 28 bm. odbędzie się w Budapeszcie Zjazd lekarzy rządowych i gminnych, mający radzić nad następującymi wnioskami: 1) Na wzór istniejących Izb adwokackich ustanowić należy w Węgrzech Izby lekarskie. 2) Wówczas należy policzyć fundusz emerytalny dla lekarzy węgierskich. 3) Najmniejsza płaca dla lekarza gminnego wynosić powinna 600 zlr. oprócz dodatków pięcioletnich. 4) Partactwo bezpłatne również powinno być karane, ponieważ w przeciwnym razie partactwo płatne zawsze uchodzi bezkarnie, (wniosek ten jest bardzo trafny, jeżeli partactwo w ogóle ma być karaném, gdyż partacze zazwyczaj tłumaczą się i dowodzą, że leczyli bezpłatnie). 5) We

wszystkich sprawach, obchodzących zdrowie ogólne, należy radzić się lekarzy, mających w tym zakładzie własne doswiadczenie (*W Med. Woch.* Nr. 33).

* Rząd krajowy bośniacko-hercogowiński wydał rozporządzenie tyczące się osób lekarskich, według którego praktykę lekarską wykonywać mogą w krajach tych osoby, stapień lekarski posiadające, a pochodzące z cesarstwa austr. węgierskiego lub z Bośni Hercogowiny.

* W Amsterdamie odbędzie się w d. 7—13 września rb. międzynarodowy Zjazd lekarski pod przewodnictwem prof. Dondersa.

* Rząd Wporty zaprzecza przez swych pełnomocników przy dworach europejskich pogłoskom dziennikarskim, jakboby w Carogrodzie spostrzeżono w ostatnich dniach kilka przypadków cholery azyjatyckiéj.

Statystyka epidemij. Ospa utrzymuje się w Londynie w jednakowym stopniu. Umarło osób 3, leczy się w szpitalach 116, zachorowało 18. W innych miastach złagodniała ospa. Umarło w Budapeszcie osób 3, w Genewie 1, w Lizbonie i Barcelonie po 2, w Wiedniu nieco więcéj 4. w Paryżu 11, w Petersburgu 19, w Bukareszcie 3. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w Petersburgu, Pradze, Stokholmie i Odessie. Odra i płonica zabiera więcéj ofiar w Londynie.

Statystyka smiertelności. W tygodniu 32 (od 3—6 sierpnia) umarło w Krakowie osób 30; roczna śmiertelność na 1.000 mieszkańców wynosiła 27,6; w Poznaniu 33,8; w Wiedniu 26,8; w Budapeszcie 42,7; w Pradze 29,2; w Tryjeście 33,7; w Genewie 23,2; w Brukselli 21,0; w Londynie 17,6; w Chrystyjanii 27,2; w Odessie 47,7; w Berlinie 33,4; w Wrocławiu 41,0; w Monachijum 30,7; w Dreznie 28,5; w Lipsku 25,3; w Petersburgu 34,7; w Bukareszcie 27,0. W tygodniu 32 doniesiono o następujących przypadkach: o 3 przypadkach ospy (2 z ul. Sławkowskiéj L. 268, 1 z ul. Sławkowskiéj L. 267), 1 płonicy (z placu Franciszkańskiego L. 147), 2 czerwonki (z ul. Rzeźnickiéj L. 87 i z Rynku L. 45), 4 zimnicy (z ul. Garncarskiéj L. 138). *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków d. 21 sierpnia. W ciągu ostatniego tygodnia przyjęto do szpitala św. Ludwika troje dzieci chorych na ospę. Niepisalibyśmy o tym wypadku, zresztą bardzo zwyczajnym, gdyby nie ta okoliczność, że dzieci te, z których najmłodsze ma lat 4, a najstarsze 12, były nieszczepione. Rząd robi wszystko co może, Magistrat zarządza bezpłatne szczepienie przez trzech lekarzy miejskich, na klinice prof. Jakubowskiego odbywa się bezpłatne szczepienie w ciągu całego letniego półrocza, a pomimo to są warstwy w społeczeństwie naszem, okryte tak gęstą mgłą niewiedzy i nieporadności, że ani przykład dobry, ani słowo prawdy, ani korzyść osobista, nie mogą być przez nie dojrzane, usłyszane i usłuchane.

(*K. G.*) Donoszą nam z Krynicy, iż bawił tam przed kilka dni protomedyk Dr. Biesiadecki celem przekonania się na miejscu o stanie zakładu i potrzebie nieodzownych ulepszeń. W d. 16 bm. bawiący tam lekarze w liczbie 16tu uczcili go obiadem składkowym. Tegoż dnia odbyła się pod jego przewodnictwem narada, w któréj wzięli udział nie tylko wszyscy praktykujący w tym zakładzie lekarze, ale i czasowo bawiący, oraz Rządca zakład. p. Sokołowski i inżynier p. Skowroński. Ten ostatni przedłożył plany ulepszeń jakie w Krynicy w roku następnym zaprowadzonymi być mają. Rząd zamierza mianowicie powiększyć łazienki przez dobudowę jednego skrzydła na kąpiele borowinowe, a daléj sprowadzić wodę do zakładu i pod szeregiem domów rządowych zaprowadzić kanalizacyję spławną nakoniec powiększyć sam zakład przez zmianę kierunku drogi wozowéj. Nad przełożonymi planami czyniono różne uwagi i zastanawiano się, czy nie wypadałoby wzmocnić źródła przez sprowadzenie rurami jeszcze jednego zdroju żelazistego z liczby kilkunastu nieco daléj położonych.

W obec jednak podania lekarza zakładowego Dra Zieleniewskiego, iż źródło na podwórzu łazienkowym jest bardzo obfite, uznano to na teraz mimo powiększenia łazienek za zbyteczne. Wyrażono téż opinije, iż kąpiel oczyszczająca jaką się bierze po kąpieli borowinowéj nie potrzebuje być z wody mineralnéj ale z czystéj wody jakiéj dostarczać będą wodociągi, a to wbrew zdaniu komisyi balneologicznéj Tow. Lek. krak. W końcu zwracano uwagę na niektóre z licznych niedogodności urządzeń istniejących w Krynicy wynikające w szczególności z braku statutu dla zakładu kąpielowego, braku ustawy regulującéj najem pomieszkań prywatnych itd., co bardzo często naraża gości na wielkie nieprzyjemności,

Spodziewać się należy, że skoro Wys. Rząd sam takie ulepszenia proponuje, wkrótce je téż z wielkim pożytkiem dla zakładu przeprowadzi, a nie wątpimy, że protomedyk Dr. Biesiadecki, przekonawszy się na miejscu o słuszności wielu narzekań ze strony gości kąpielowych, które poparli tutejsi lekarze, dołoży starań, aby je usunąć jak np. postara się przyspieszyć wydanie ustaw, których brak na wzmiankowanéj naradzie wytknięto.

* Według nadesłanych nam wykazów bawiło w Krynicy do dnia 10 sierpnia 2124 osób.

* Mianowany niedawno ministrem rolnictwa w Prusiech i wybrany posłem w Erfurcie Dr. Lucius jest doktorem medycyny, urodzony w Erfurcie r. 1835, odbył studyja lekarskie w Heidelbergu i Wrocławiu, a jako lekarz był czynny w wojsku hiszpańskiem w r. 1860 w Afryce, a późniéj w ekspedycyi wschodnio-azyjatyckiéj, przez rząd pruski urządzonéj.

* Na jedném z ostatnich posiedzeń Rosyjskiego Towarzystwa hygienicznego zaproponował Dr. Malarewski, w celu ograniczenia postępu krótkowzroczności, zaprowadzić zmianę w sztuce drukarskiéj, a mianowicie, ażeby odtąd odbijać białe litery na czarnym papierze. Pomimo przytoczenia 50 przypadków, w których rzeczona zmiana dała korzystny wynik, nie powinien się autor spodziewać, ażeby ta radykalna rewolucyja druku łatwo się odbyła. (*Revue Scientifique*).

* **Mianowania i odznaczenia.** Starszy lekarz sztabowy i naczelnik służby lekarskiéj wojskowéj w Serajewie Dr. Jan Masek otrzymał szlachectwo austryjackie z przydomkiem „Bosnadol“. Dr. Hochberger w Karlsbadzie otrzymał krzyż komandorski orderu Franciszka Józefa. Prof. Koranyi w Budapeszcie wysłany został przez rząd do Berlina, celem poznania urządzenia tamecznéj kliniki lekarskiéj. Radca dworu Dr. Schmerling, lekarz przyboczny arcyksięcia Albrechta otrzymał krzyż komandorski orderu legii honorowé.

* **Nekrologija.** W Breganza zmarł znakomity lekarz tameczny Dr. Otton Honstetter, zawołany praktyk i przyrodnik.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

Podpisany poleca Panom Lékarzom swe

Przyrządy elektryczno-lékarskie

dla prądu tak galwanicznego jak indukcyjnego z wszelkiemi dodatkami, ogniwa najrozmaitsze itd. przyczém pozwala sobie zwrócić uwagę na najnowszy

Przyrząd galwaniczny przenośny

według pomysłu Spamera zbudowany, a opisany i polecony **w Nrze 31 Przeglądu lekarskiego z r. 1878.**

Cenniki na żądanie przesyła gratis i franco.

Rudolf Krüger

fabrykant przyrządów elektrycznych lékarskich i telegrafów w **Berlinie** S. W. Simeonsstrasse 20

APTEKA pod KORONĄ

J. TRAUCZYŃSKIEGO

w Krakowie

Utrzymuje wszystkie **wody mineralne** tak krajowe jak i zagraniczne zawsze świeżego czerpania.

Nadto utrzymuje na składzie zawsze **krowiankę styryjską.**

Prócz tego znajdują się zawsze na składzie: Pigułki Cauvina, Morisona, Blancarda z żelazem, Valeta z Digitalinem, Dra Croniera zadawane w newralgijach z pepsinem, rozczyn żelaza Lerasa, syrup wapna Grimaulta, syrup Churchilla z wapnem, żelazem, sodą; wino chinowe z Cacao Bugeaud, Quina Laroche. — MĄCZKA SZWAJCARSKA dla małych dzieci zastępująca zupełnie pokarm naturalny ordynowana przez wielu lekarzy. — INSTRUMENTA chirurgiczne, — BANDAŻE różnego rodzaju, pojedyncze i podwójne rupturowe, pępkowe, — PASY brzuszne kobiece, — PESSARIA, — PONCZOCHY jedwabne na obrzękliny, — STETOSKOPY, — PLESSIMETRY — ODCIĄGACZE, pokarmowe dla kobiet, — PŁÓTNO kauczukowe, — FLASZKI do karmienia dzieci, — INHALATORY do wdychiwań przy gardlanych chorobach, — NARZĄDY do wdmuchiwań gardlanych, — PULVERYZATORY, — SONDY żołądkowe, — CATETERY, — BOUGIE, — PODUSZKI KAUCZUKOWE, KAPELUSIKI kauczukowe ochraniające bolesne brodawki u kobiet w czasie karmienia, — RESPIRATORY, — KLISOPOMPY metalowe i kauczukowe tak do lewatyw jak i do wstrzykiwań, — IRRYGATORY Dra Eguisiera, — WSTRZYKAWKI, — TUSZOWNICE, — WSTRZYKAWKI podskórne, — CIEPŁOMIERZE decimalne, — TRĄBKI do wzmocnienia słuchu, — KROPLOMIERZE, PĘCHERZE kauczukowe lub worki na lód, — SKUBANKA, — REZERWOARY moczowe, — KANKI kauczukowe, — SPECULA itd.

Na żądanie przesyła się cenniki franco.

ASTMY

Duszność, chrypka, katary zadawnione i wszelkie cierpienia kanałów oddechowych ustępują po użyciu **Rurek antiastmatycznych** p. **Levasseura**, 23. rue de la Monnaie w Paryżu.

NEWRALGIE

wszelkie **cierpienia nerwowe** każdéj chwili ustępują po użyciu pigułek antinewralgijnych Dra CRONIER. Skład w Paryżu w aptece p. Levasseur, rue de la Monnaie 23.

W Krakowie w aptekach PP. Trauczyńskiego i Redyka.

PRZEZ użycie **ELIXIRU Dra GENDRIN,** b. Professora medycyny zaszczyconego pierwszą nagrodą na wielkim konkursie 1830 r. niechybnie się leczą *złe trawienia i słabość żołądka : rozstroje kiszko-żołądkowe, wzdęcia, gorączki* i *rznięcia żołądkowe,* tudzież *zatwardzenia.* Elixir ten w dziesięćkroć wyższy od Pepsyny, przygotowywanym jest przezemnie ze wszelką możebną staranonścią. Chorym, dotkniętym jednocześnie *bladaczką, upośledzonem trawieniem* i *wycieńczeniem ze sił,* Dr Gendrin zaleca swój Elixir żelazisty, który lekarzom pozwalał osiągnąć zawsze najpożądańsze skutki. W aptekach żądać należy tego lekarstwa, chcąc je mieć rzetelnem, pod tytułem : Elixir Dra Gendrin przygotowany przez LEMAIRE'A aptekarza w Paryżu, 14, rue de Grammont, i wymagać zarazem imienia mego na każdym flakonie.

Skład główny : w aptece przy ulicy Grammont, 14, w Paryżu. — We *Lwowie,* w aptece p. Krzyżanowskiego, obok Brygidek; — w *Krakowie,* w aptekach pp. Trauczyńskiego i Redyka; — w *Poznaniu,* u Dra Mańkiewicza i we wszystkich znaczniejszych aptekach.

Pomiędzy balneologicznemi skarbami leczniczemi jakie przyroda stworzyła dla ulgi cierpiącéj ludności zajmuje niezaprzeczenie **Woda gorzka Franciszka Józefa** wybitne miejsce. Znakomitości lekarskie europejskiéj sławy jak Profesorowie Bamberger, Drasche, Leidesdorf, Gerhardt, Kussmaul, Laube, Meynert, Gietl, Nussbaum, Scanzoni, Spiegelberg i wielu innych zalecają w orzeczeniach i wykładach klinicznych wodę gorzką Franciszka Józefa, która się tém różni od wszelkich innych znanych wód gorzkich, że już w małych dawkach obok przyjemnego smaku pewnie i łagodnie skutkuje i jest dla ustroju nawet po dłuższém użyciu najodpowiedniejszą. — Jeszcze w r. 1878 w podobny sposób orzekła Lekarska Akademija w Paryżu a na ostatniéj wystawie powszechnéj została ta wyszczególniającą się woda odznaczoną. Aby się przed oszukaniem uchronić zaleca się zresztą żądać w Aptekach i handlach wyraźnie: **Wody gorzkiéj Franciszka Józefa**.

WODA GORZKA

FRANCISZKA JÓZEFA

uznana za najskuteczniejszą ze wszystkich wód gorzkich.

„Dobroczynny wpływ leczniczy i prawdziwa a ciągle wzmagająca się wziętość téj wody mineralnéj okazały się i tym razem i stwierdziły, iż woda ta jest środkiem rozwalniającym w uporczywych zaparciach stolca nie tylko nie bolesnym i pewnie działającym ale także czynności twórcze stale regulującym lekiem. **Starszy lekarz sztabowy Dr. Werner kierujący c. k. szpitalem załogowym Nr. 15 w Krakowie.** C. k. Państwowe Ministerstwo Wojny przeznaczyło z przesłanych dla armii 2000 flaszek **wody gorzkiéj Franciszka Józefa** tutejszemu szpitalowi załogowemu pięćdziesiąt flaszek. Lekarze przełożeni oddziałów złożyli sprawozdanie, iż chorzy chętnie tę wodę brali i dobrze znosili, że woda ta bez nieprzyjemnych uczuć wypróżnienie sprawiała nie psując — nawet przy dłuższym użyciu — apetytu i nie powstawało po wodzie téj żadne osłabienie kiszek, jakie zwykle się przydarza po innych podobnych środkach i że z tego powodu woda ta gorzka jak Solveus i Euopriticum w ogóle a w szczególności przy Coprostasis i nawykowém lub przez dłuższe leżenie w łóżku sprawionym opóźnieniu stolca szczególniéj się zaleca.“ **Starszy lekarz sztabowy Dr. A. Hein kierujący c. k. szpitalem załogowym Nr. 14 we Lwowie.**

Składy znajdują się w **Krakowie** u W. Goldwassera, Antoniego Hawełki, J. Wentzla, w Aptece K. Wiszniewskiego i E. Radlera oraz we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych. Pisma o źródle itd. otrzymać można gratis za pośrednictwem Dyrekcyi rozsełki w Buda Peszcie.

Przestrzega się wszystkich P. T. Panów Lekarzy przed zakupnem i ordynowaniem nieprawdziwéj zielonemi Vignetami opatrzonéj Wody gorzkiéj Franciszka Józefa.

Z dniem 1 Października r. b. zostanie opróżnioną w chirurgicznéj méj klinice prywatnéj posada asystenta z płacą roczną 500 marek i zupełnem utrzymaniem. Pasadę tę i nie pruscy lekarze uzyskać mogą.

Dr. Rydygier

w Chełmnie w Prusiech.
(Kulm in West-Preussen.)

Książki lekarskie oraz instrumenta chirurgiczne i położnicze po pewnym zmarłym lekarzu są do pozbycia.

Wiadomości udziela **Dr. Mars** asystent kliniki położniczéj (Kraków, Wesoła Nr. 47).

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $4\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Kraków, 30 sierpnia 1879. № 35. Rok XVIII.

I. O niektórych odrębnych postaciach suchot płucnych.

Na podstawie własnych spostrzeżeń

podał Dr. Alfred Sokołowski,

Lekarz przy zakładzie leczniczym dla chorób piersiowych w Goerbersdorfie na Szląsku.

Podług pojęć dawniejszych autorów klinicznych oraz patologów rozedma płuc *(emphysema pulm.)* była jedną z owych chorób, które wykluczały rozwój suchot płucnych u dotkniętych rozedmą osobników. Dzisiaj pojęcie to upadło zupełnie, a współczesnego istnienia obu powyższych chorób, tak samo jak istnienia jednoczesnego suchot płucnych i wad organicznych serca, nikt bynajmniéj nie zaprzecza. Spostrzegając jednakże bliżéj owe przypadki suchot płucnych przy współcześnie istniejącéj rozedmie płucnéj, przypatrując się ich przebiegowi, sposobowi powstania, powikłaniom itp. nieuprzedzony spostrzegacz, szczególnie jeśli miał sposobność obserwować znaczną liczbę przypadków suchot płucnych, zostanie uderzony pewną właściwością odrębną téj postaci chorobowéj. Od lat kilku starałem się bliżéj badać tę odmianę suchot, obecnie w niniejszéj krótkiéj pracy postaram się naszkicować główne rysy téj postaci suchot, którą podług mego zdania z wielu względów należy odróżniać od zwykłych typowych obrazów suchot płucnych. Odmianę tę suchot spostrzegałem wyłącznie u mężczyzn, były to osobniki zazwyczaj nieco starsze, aniżeli owe, u których występuje pospolicie zwykła postać suchot płucnych. Najmłodsi liczyli lat około 30, znaczna liczba była w latach 40, a niekiedy liczyli przeszło 50. U wszystkich usposobienie dziedziczne stanowczo dawało się wykluczyć. Co się tyczy zatrudnienia to było ono różnorodne: kupcy, urzędnicy i nauczyciele najliczniejszy stanowili kontyngens. Ajtijologija choroby była zawsze ciemną, chociaż w większéj liczbie przypadków chorzy przypisywali zaziębieniu początek cierpienia; rozpytując się jednakże bliżéj najczęściéj przychodziliśmy do przekonania, że ów wrzekomy czynnik przyczynowy był tylko chwilą, w któréj cierpienie dawno istniejące pogarszało się czasowo lub stale. Tym sposobem we wszystkich przypadkach rozwój cierpienia następował w nader przewlekły sposób; zazwyczaj jednym z pierwszych objawów przedmiotowych bywa k a s z e l; kaszel ów nigdy z początku nie zostaje stałym, lecz ustępuje po pewnym przeciągu czasu w zupełności, lub zamienia się w odchrząkiwanie ranne plwociny, późniéj, nieraz w rok lub lat kilka, kaszel pozostaje stałym, a chorzy jednocześnie spostrzegają, że się zaczynają męczyć przy wchodzeniu na schody, góry itp., jednem słowem coraz bardziéj występują na pierwszy plan objawy krótkości oddechu, chociaż w tym okresie nie dosięga on nigdy tego stopnia, jaki spostrzegamy w tak zwanéj pierwotnéj rozedmie płuc. Charakterystyczną cechą niniejszego okresu jest to, że ogólny stan chorych nie przedstawia zmian żadnych, nie chudną oni, nie gorączkują, trawienie pozostaje zupełnie prawidłowem, a chorzy zazwyczaj jak dawniéj oddają się w zupełności zajęciom swego zawodu.

Wyżéj skreślony przebieg charakteryzuje pierwszy okres cierpienia; po dłuższym lub krótszym przebiegu, który jednakże trwa zazwyczaj lat kilka, występują innego rodzaju objawy. Kaszel staje się upartszym, bardziéj suchym, od czasu do czasu zaczynają występować żyłki krwi w plwocinie, chory zaczyna nieco chudnąć, od czasu do czasu występują lekkie poruszenia gorączkowe, chociaż w ogóle, te objawy nigdy nie są tak wybitne, jak w przebiegu zwykłych suchot płucnych, poty nocne nie występują wcale, chorzy nie upadają znacznie na siłach, i zazwyczaj są nawet w stanie daléj zajmować się swoimi interesami. Jedném słowem w okresie owym, który trwa nieraz bardzo wiele miesięcy, charakterystycznym objawem jest poczynający się upadek odżywiania ogólnego, obok braku wyraźnych tak zwanych hektycznych objawów, charakteryzujących postęp w rozwoju zwykłych suchot płucnych.

Wreszcie trzeci okres téj choroby przedstawia dla chorego niezmiernie dokuczliwe objawy, kaszel staje się niesłychanie uporczywym, niemal ciągłym, najczęściéj wyrzucanie plwocin poprzedzają bardzo uparte napady suchego duszącego

kaszlu, występujące zazwyczaj rano lub też w nocy. W późniejszych okresach kaszel prawie nie opuszcza chorego wcale. Obok tego od czasu do czasu występuje lekkie krwawe zabarwienie plwociny, większe krwioplucie lub krwotoki występują w téj formie chorobowéj niezmiernie rzadko. Obok kaszlu istnieje drugi objaw również dokuczliwy dla chorych tj. k r ó t k o ś ć o d d e c h u. Zadyszka w tym okresie przybiera niezwykłe natężenie, chorzy nietylko nie są w stanie wejść na kilka schodów, ale z trudnością chodzą po równinie; mówienie jest im znacznie utrudnione przez krótkość oddechu. Obok tych niezmiernie ciężkich objawów stan ogólny przedstawia dziwną sprzeczność, chorzy dobrze wyglądają, są dosyć pełni, chociaż prawie wszyscy zapewniają, że od pewnego czasu znacznie spadli z ciała. Zazwyczaj przytem w pierwszych początkach tego okresu trawienie również jest normalnem, dopiero nieco późniéj łaknienie w skutek ciągłego kaszlu i z nim często połączonych wymiot, zaczyna słabnąć, a chorzy wówczas znacznie upadają w stanie ogólnego odżywienia, chociaż nigdy, a nawet w zupełnie końcowym okresie choroby, nie widzimy tego stopnia wychudnienia i wycieńczenia, jaki spotykamy w końcowych okresach suchot płucnych zwyczajnych. Tutaj także gorączka występuje najczęściéj pod postacią nieznacznych wieczornych nasileń, nigdy jednak nie przedstawia tego charakterystycznego przebiegu tak zwanéj gorączki hektycznéj suchotników. Toż samo co o gorączce daje się również powiedzieć o tak zwanych potach nocnych. Występują one albo w bardzo nieznacznéj obfitości, najczęściéj zaś nie występują wcale; przeciwnie chorzy skarżą się często na poty, które u nich występują w ciągu dnia, lub wieczorem w następstwie długotrwałego napadu suchego kaszlu, rzecz prosta, że tego rodzaju poty wielce się różnią od tak zwanych potów nocnych suchotników, występują one bowiem jako chwilowy objaw utrudnionego krążenia żylnego, wywołanego napadem długotrwałego suchego kaszlu.

Zejście śmiertelne wreszcie zakończa ten okres choroby, i jest następstwem coraz bardziéj się wzmagającego utrudnionego oddechu, jednem słowem śmierć następuje w skutek powoli rozwijającego się duszenia *(Athem insufficienz)*. Ten okres końcowy, który rzeczywiście nazwać by można okresem duszenia, trwa nieraz bardzo długo, tygodnie a nawet miesiące całe, przedstawiając stan niesłychanéj męczarni dla chorego, obok przykrego położenia lekarza, którego środki lecznicze są prawie zupełnie bezsilne. Różni się ten okres od podobnego końcowego rozedmy płuc brakiem objawów obrzękowych, stale występujących w końcowych okresach rozedmy samoistnéj płuc.

Wreszcie zaznaczyć tu nam jeszcze wypada, że w ciągu całego przebiegu choroby niespotykamy ani powikłań z cierpieniem głębszéj natury krtani, ani też przewodu pokarmowego, które to cierpienia w większéj liczbie przypadków stanowią powikłania końcowe zwykłych suchot płucnych *(Laryngitis et Enteritis ulcer. tuberculosa.)* Przechodząc do objawów fizycznych, cechujących niniejszą odmianę suchot płucnych, przedewszystkiem zaznaczyć należy, że pierwszy okres cierpienia niezem wprawdzie się nie różni od objawów napotykanych w nieznacznie rozwiniętéj rozedmie płuc *(Emphysema pulm.)*; zazwyczaj jednakże klatka piersiowa nie przedstawia owego charakterystycznego beczkowatego kształtu właściwego rozedmie płuc, tutaj przeciwnie, klatka piersiowa przedstawia postać pośrednią, między klatką emfysematyków, a klatką piersiową charakteryzującą suchotników *(thorax paraliticus)*. Przy opukiwaniu nie znajdujemy nigdzie miejsc dających wyraźne stłumienie odgłosu opukowego, przeciwnie znajdujemy na całéj przestrzeni klatki piersiowéj niezwykle jasny odgłos opukowy *(sonor)* właściwy rozedmie płucnéj. Stłumienie serca zazwyczaj bardzo niewyraźne i dające się wykazać tylko przy pomocy bardzo lekkiéj perkussyi. Granice płuc z przodu i z tyłu są obniżone znacznie. Przy wysłuchiwaniu znajdujemy w obu płucach najczęściéj oddech równomiernie zaostrzony *(respiratio vesicularis aspera)*, często obok słabego oddechu w jednym płucu silnie zaostrzony w drugim, rzężeń stałych w tym okresie najczęściéj nie spotykamy, pomimo istniejącego stałego kaszlu zwykle rano lub wieczorem występującego, jak to wyżéj powiedziałem. W czasie napadów mocniejszego kaszlu spotykamy zazwyczaj rozsiane w obu płucach rzężenia świszczące, a w okolicy mostka suche, na tę to również okolicę chorzy wskazują, jako na miejsce gdzie doświadczają lekkiego bólu przy głębszych wdechach, w czasie istniejącéj owéj exacerbacyi nieżytowéj.

Te objawy fizyczne właściwe pierwszemu okresowi choroby, trwają nieraz bardzo długo, lata całe, szczególniéj u tego rodzaju chorych, którzy rok rocznie latem cokolwiek dla zdrowia swego zwykli czynić. Tacy chorzy po przebyciu sześciu do ośmiu tygodni na wsi lub w górach powracają do swych dawnych zajęć daleko silniejsi, z przybytkiem na wadze. Kaszel zazwyczaj ogranicza się znacznie, rzecz prosta że fizyczne objawy wyżéj wspomniane pozostają, z tą różnicą, że ustępują w zupełności objawy świeżego kataru, jeśli takowy istniał.

Powoli obok objawów fizycznych, właściwych pierwszemu okresowi, przyłączają się one już właściwe suchotom płucnym, wówczas spostrzegamy u jednego stłumienie w szczytach i obok znacznie wydłużonego oddechu słyszymy przy wysłuchiwaniu mniéj lub więcéj obfite drobno-pęcherzykowe rzężenia stale się utrzymujące; późniéj nieco występują wyraźniejsze objawy zgęszczenia a więc oddech słabo oskrzelowy, bronchofonija itp. Najczęściéj już w tym okresie spostrzegamy, że w drugim szczycie oddech staje się również nieprawidłowym, co wskazuje lokalizowanie się cierpienia również i w drugim szczycie. Naturalnie, że w tym okresie jeszcze częściéj przypadają nasilenia nieżytu oskrzelowego z wyżéj opisanemi świszczącemi rzężeniami, bólem w okolicy tchawicy itp.

Znaki fizyczne właściwe trzeciemu okresowi choroby mało różnią się od objawów przedmiotowych zwykłych daleko posuniętych suchot płucnych. Najczęściéj znajdujemy zajęcie obu płuc, a więc mniéj lub więcéj obniżone stępienia odgłosu opukowego, zazwyczaj nieprzychodzi do rozwoju wielkich powierzchownie położonych jam, przeciwnie mamy znaczne rozlane zgęszczenia w połączeniu z rozsianemi drobnemi ogniskami rozpadowemi. Wysłuchiwanie więc pokazuje nam obecność oddechu oskrzelowego różnego stopnia natężenia, obok różnorodnéj wielkości rzężeń dźwięcznych *(klingendes Rasseln)* często w całym ustępie płuc brakuje oddechu, a takowy w całości zastąpiony jest licznemi wilgotnemi, a przytem dźwięcznemi rzężeniami.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków napisał prof. Dr. Blumenstok.

V. Zadławienie czy utopienie. Badanie włosów.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32.)

Nie zamierzając tu wdawać się w ocenę bliższą prac poprzednio wspomnionych, ani w stosunki anatomiczne i fizyjologiczne włosów, które w pracach tych należycie roztrząsane zostały, ograniczę się tylko do podania uwag praktycznych.

Na pytanie przedewszystkiém, czy badanie sądowolekarskie włosów rzadko lub często okazuje się potrzebném, odpowiadam, że prawda stoi po środku: badanie to nie jest wprawdzie zbyt częstém, ale także i nie zbyt rzadkiém. Najczęściéj rozchodzi się o rozstrzygnięcie pytania, czy włosy znaleziono na trupie, np. w jego ręce lub rękach, albo téż znalezione na jakiémś narzędziu, np. na siekierze, kole, młocie, są włosami ludzkiemi lub zwierzęcemi, a w pierwszym razie, z jakiéj okolicy ciała włosy te pochodzą, następnie czy one pochodzą od osoby, któréj śmierci Sąd dochodzi, lub od człowieka, podejrzanego lub obwinionego o zgładzenie téj osoby. Rozumie się samo przez się, że w takim razie lekarz sądowy ma przed sobą obok mniejszéj lub większéj ilości włosów na ciele lub narzędziu znalezionych i włosy ścięte podczas sekcyi lub po umyślnie w tym celu przedsięwziętéj ekshumacyi, oraz włosy, które on sam lub kto inny ściął z ciała człowieka obwinionego, a na podstawie porównania trzech gatunków powinien wyrobić sobie zdanie. Obok tych pytań najczęściéj zadawanych nasuwają się wyjątkowo i inne, których w końcu nie pominę.

Tak więc przedewszystkiém nastręcza się znawcy w każdym przypadku pytanie, czy włosy badać się mające są zwierzęcemi lub ludzkiemi; rozstrzygnięcie tego pytania jest bardzo ważném, albowiem rozpoznanie włosów jako zwierzęcych dostarcza w danym przypadku nie tylko dowodu, że narzędzie, na którém one się znajdowały, nie koniecznie zostało użytém (jak w przypadku wyżéj opisanym), a przez to odwraca uwagę Sądu od tego przedmiotu, ale czasem może posłużyć nawet do uniewinnienia posądzonego o zbrodnię, jeżeli np. jak w pewnym przypadku z mojéj praktyki, pada podejrzenie na człowieka tylko z tego powodu, że znajdują u niego łopatę, na któréj znaleziono ślady krwi i włosy, a jeżeli badanie wykazuje, że ostatnie są zwierzęcemi a krew najprawdopodobniéj ptasią, — a w każdym razie czyni dalsze badanie tych włosów niepotrzebném. Tém bardziéj więc dziwić się należy, że Pfaff w dziele swojém, tyle rzeczy niepotrzebnych uwzględniającém, wcale nie poruszył téj kwestyi głównéj.

Tak włos ludzki jako i zwierzęcy składa się z 3ch warstw: z warstwy wewnętrznéj, korowéj i rdzennéj. Już warstwa zewnętrzna przedstawia u niektórych zwierząt różnice, cechujące je jako zwierzęce (np. u owiec powierzchnia zewnętrzna włosa okazuje piękną budowę komórkową, u nietoperzy zarysy włosa są podobne do zębów piły); jednak główna różnica pomiędzy włosem ludzkim a zwierzęcym polega na odmiennem zachowaniu się warstwy rdzennéj oraz na stósunku tejże do warstwy korowéj. Nasamprzód u człowieka rdzeń nie jest stałą częścią składową włosa; nie ma go wcale w meszku i w ogóle we włosach noworodka; ale i u człowieka dorosłego, zwłaszcza we włosach głowowych, częstokroć nie ma wcale rdzenia; według Hofmanna nierównie rzadziéj zdarza on się we włosach jasnych, aniżeli w ciemnych, tak że w pierwszych stósunek włosów bezrdzennych do rdzennych u jednéj i téj saméj osoby ma się jak 10:1, podczas gdy w ostatnich zachodzi stósunek odwrotny; wreszcie najczęściéj widać rdzeń wielokrotnie przerywany, tak że w jednéj części szypułki włosowéj napotykamy rdzeń, a w drugiéj wcale go nie ma. Rdzeń we włosach przedstawia się najdokładniéj, jeżeli badamy pod mikroskopem włos za dodatkiem kropli gliceryny, a posługując się mikrometrem przekonywamy się, że rdzeń we włosie ludzkim, tam gdzie istnieje, przedstawia oś zazwyczaj środkową, a wyjątkowo tylko mimośrodkową, stósunkowo cienką, bo najwięcéj $^1/_5$—$^1/_4$ części grubości włosa zajmującą; oś ta ma budowę komórkową, ale we włosie ludzkim budowa ta jest niewyraźną, tak że rdzeń wydaje się, jakoby składał się z masy ziarnistéj. Że w komórkach tych mieści się nie barwik, jak dawniéj mniemano, lecz powietrze, że więc barwa i siwienie włosa nie zależą od części rdzennéj, lecz od części korowéj, jest obecnie pewnikiem, nie wymagającym już dalszego dowodzenia. — Całkiem inaczéj przedstawia się rdzeń we włosach zwierzęcych. Nasamprzód istnieje on u zwierząt prawie zawsze, jest nierównie szerszym, i stanowi główną warstwę składową, tak że część korowa zajmuje miejsce poślednie i ogranicza się czasem do rąbka bardzo cienkiego; powtóre budowa komórkowa rdzenia występuje u zwierząt nierównie dokładniéj, a co ważniejsza przedstawia u rozmaitych zwierząt rozmaite utkanie; komórki bowiem mają postać rozmaitą: owalną i wieloboczną, rzadziéj okrągłą. Hofmann w rozprawie swojéj wspomnionéj podaje obrazy bardzo piękne i wierne włosów: wołu, kuny, szczura, zająca alpejskiego, borsuka, nietoperza, lisa i owcy, z których każdy odmienną przedstawia postać utkania rdzeniowego; zbiór ten można sobie powiększyć znakomicie, tak np. łatwo przekonać się, że włosy gronostaja, kengura, lisa błękitnego, zająca sybirskiego, królika białego, zająca naszego, są w ogóle cienkie, że mają rdzeń nieprzerwany idący aż do wierzchołka włosa składający się z komórek, podobnych do cegiełek na sobie leżących, a zajmujący całą prawie szerokość włosa; u innych zwierząt włosy są grubsze, jak np. u rysia, ale również przedstawiają na pierwszy rzut oka piękną budowę komórkową; u innych znowu, jak np. u małpy, tumaka, lisa, tygrysa, kota, wołu, rdzeń jest gruby, ciemny, na pierwszy rzut oka ziarnisty, ale po dodaniu ługu potasowego budowa komórkowa występuje na jaw; u innych wreszcie, jak np. u baranów, bobrów, włosy są ciemne, nieprzeźroczyste, do wełny podobne. — Tak więc z największą pewnością i łatwością można rozróżnić pod drobnowidem włos ludzki od zwierzęcego i mamy prawo uznać każdy włos za zwierzęcy, jeżeli istnieje rdzeń a szerokość jego przenosi $^1/_4$ lub $^1/_3$ szerokości całego włosa. Naodwrót atoli nie możemy włosa bezrdzennego uznać bezwarunkowo za ludzki, — albowiem i u zwierząt wyjątkowo zdarzają się włosy bezrdzenne obok rdzennych. Gdybyśmy więc tylko jeden mieli włos do badania, a w nim rdzenia nie znaleźli, odpowiedź nasza nie mogłaby być pewną.

Jakkolwiek już samo rozpoznanie włosa jako zwierzęcego pod względem sądowolekarskim wystarcza, to nadto z powyższego wynika, że po największéj części możemy rozpoznać także, od jakiego zwierzęcia włos dany pochodzi jeżeli mamy niejaką wprawę w rozróżnieniu włosów zwierzęcych, a w braku takowéj, jeżeli posiadamy zbiór preparatów

włosów zwierząt domowych i w ogóle zwierząt najczęściéj u nas zdarzających się.

Jeżeli, jak już powiedziano, rozpoznanie włosów jako zwierzęcych czyni dalsze dochodzenie sądowolekarskie zbytecznem, to przeciwnie rozpoznanie włosów jako ludzkich nasuwa zaraz drugie pytanie: z któréj okolicy ciała one pochodzą? Pod tym względem częstokroć już sama długość włosów przemawia za ich pochodzeniem z głowy; jeżeli zaś mamy przed sobą włosy krótkie, ale w całości utrzymane, to już krótkość onych może przemawiać przeciw pochodzeniu z głowy; ale w takich razach należy oglądać się jeszcze za innemi, ważniejszemi cechami, a mianowicie należy uwzględnić przeważnie grubość szypułki, postać wierzchołka, a względnie cebulki, zwłaszcza, jeżeli nie mamy przed sobą całego włosa, tylko część jego górną, środkową lub dolną.

Chcąc przekonać się o grubości szypułki włosowéj, trzeba robić przecięcia poprzeczne i mierzyć takowe za pomocą mikrometru. Przekroje poprzeczne w rozmaity sposób uzyskać można; dobrym sposobem jest zatopienie włosa w parafinie i robienie cięć bardzo cienkich w masie stężałéj za pomocą ostréj brzytwy. Mierząc przekroje rozmaitych włosów przekonamy się, że włosy z brody są najgrubsze, po nich według Hofmanna idą włosy sromne kobiece, daléj brwi, włosy sromne mężczyzny, a potém dopiero włosy z głowy mężczyzny i kobiety; podczas gdy włosy z brody mierzą na przekroju 0·14—0·15 mm., ostatnie mierzą tylko 0·06 mm. Daléj uwzględnia się postać przekroju poprzecznego, która we włosach brody bywa trójkątną, u innych owalną lub nieforemną. Jednak w dochodzeniach sądowolekarskich ani na grubości włosa, ani na postaci przekroju bezwzględnie polegać nie można, albowiem, jak się samo przez się rozumie, grubość jest zmienną u jednego i tego samego włosa w miarę, im bardziéj posuwamy się od cebulki ku wierzchołkowi, postać zaś przekroju poprzecznego również ulega rozmaitym zmianom, jeżeli włos napęczniał skutkiem zadziałania nań przez czas dłuższy wilgoci, a głównie potu.

Koniec wolny włosa o tyle tylko zasługuje na uwagę, o ile koniec cienki, śpiczasty świadczy o tém, że włos nie był strzyżony, że więc albo pochodzi z okolicy ciała, w któréj włosy w ogóle nie ulegają strzyżeniu, albo że pochodzi od istoty młodocianéj, któremu jeszcze włosów nie strzyżono. Włosy raz strzyżone przedstawiają koniec albo szerszy, gładko odcięty, albo, jeżeli od strzyżenia upłynął czas jakiś, koniec cieńszy, zaokrąglony, a jeżeli długi czas upłynął od ostatniego strzyżenia, wtedy koniec przedstawia się nieco rozwłókniony. W ogóle koniec włosa okazuje się podzielonym na dwie i trzy gałązki, a koniec każdéj gałązki rozwłókniony wszędzie, gdzie włosy ulegały częstym urazom, np. przez czesanie, lub jeżeli włosy narażone były na działanie potu.

Najważniejszém atoli byłoby badanie cebulki, oczywiście, jeżeli takowa na włosie badać się mającym jest utrzymaną, gdyby się sprawdziły twierdzenia Pfaffa. Autor podaje bowiem w rycinach swoich tak odmienne postacie cebulek włosowych, w miarę, czy włosy badane pochodzą z głowy, brody, brwi, podpasza, klatki piersiowéj, odnóg, brzucha, części płciowych, międzykrocza, moszen itd., że wystarczyłoby porównanie cebulki włosa badanego z tablicami jego, aby ocenić z pewnością, z któréj okolicy ciała włos dany pochodzi. Jednak ważna ta cecha traci wiele na znaczeniu swojém, raz z powodu, że rzadko w przypadkach sądowolekarskich otrzymujemy do badania włosy z zachowanemi cebulkami, a powtóre z powodu, że Pfaff i pod tym względem był zbyt stanowczym, albowiem jakkolwiek jest prawdą, jak to z największą łatwością przekonać się można, że częstokroć zachodzi wielka różnica pomiędzy kształtem cebulek, w miarę tego, z jakiej okolicy ciała włosy pochodzą, to jednak w jednéj i téj saméj okolicy ciała napotykamy dosyć często włosy o cebulkach postaci rozmaitéj, skutkiem czego w sądzie naszym musimy być bardzo ostrożnymi.

Uwzględniając atoli wszystkie właśnie przytoczone okoliczności możemy najczęściéj, jakkolwiek nie z pewnością, to jednak z wielkiém prawdopodobieństwem oznaczyć okolicę, z któréj włos dany pochodzi; z pewnością wtedy tylko oświadczyć się możemy, jeżeli długość, a względnie krótkość włosa, a w tym ostatnim razie włosa w całości utrzymanego, już sama przez się za pewną okolicą ciała przemawia.

Jeżeli przedłożone nam włosy posiadają jeszcze cebulki swoje, możemy także odpowiedzieć na pytanie, ażali włosy te zostały wyrwane lub same wypadły? W ostatnim razie cebulki są gładkie, w pierwszym więcéj chropowate a z powierzchni ich sterczy mniéj lub więcéj długich wypustek.

Również dosyć stanowczo orzekać możemy, czy włos został urwany lub odcięty narzędziem ostrém: w pierwszym razie widzimy na końcu wolnym przekrój ukośny, terasowaty, w ostatnim przekrój poprzeczny lub ukośny, ale względnie gładki bez znaczniejszych strzępów.

Chcąc odpowiedzieć na pytanie, dla Sądu częstokroć najważniejsze, ażali włosy znalezione na ciele zmarłego lub na jakiémś narzędziu pochodzą z ciała zmarłego lub człowieka obwinionego, musimy oczywiście porównać włosy znalezione, z jednéj strony z włosami ściętemi z głowy denata, a z drugiéj z włosami ściętemi z głowy obwinionego. W takim razie mamy zazwyczaj 3 gatunki włosów do porównania, a właściwie należałoby ich mieć nierównie więcéj, bacząc na okoliczność, że włosy od jednego człowieka, ale z różnych okolic głowy pochodzące, częstokroć różnią się pomiędzy sobą; należałoby więc i trupowi i obwinionemu ścinać nieco włosów z rozmaitych okolic głowy. Porównywając takie gatunki włosów ze sobą, należy uwzględnić długość ich, barwę, grubość przekrojów, obecność lub nieobecność rdzenia, a w pierwszym razie stosunek grubości rdzenia do grubości całéj szypułki, co wszystko zestawiwszy dochodzimy do wniosku, czy włosy znalezione mogą pochodzić od głowy trupa lub obwinionego, ale nigdy nie możemy stanowczo orzekać, że one rzeczywiście od jednéj lub drugiéj pochodzą.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

O przewlekłém zapaleniu cewki moczowéj u mężczyzn.

Trzy wykłady kliniczne prof. Auspitz'a. Sprawozdanie Dra L. Glücka.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Skreśliwszy w pierwszym odczycie główne zasady badania cewki za pomocą wziernika, przechodzi autor w drugim do „patologii przewlekłego zapalenia cewki“.

Objawy tego cierpienia każdemu są dokładnie znane, nie będę ich zatém powtarzał, tém bardziéj, że sam autor mimochodem tylko o nich wspomina i tylko stwierdza ogólne

przekonanie, że można to cierpienie uważać wyłącznie za ciąg dalszy rzerzączki ostréj. Do roku 1864 nie było ani jednego dowodu pewnego, któryby un ożebnił odróżnienie prostych nieżytów cewki, od prawdziwéj zakaźnéj rzerzączki. Dopiero w owym czasie ogłosił Thiry pracę doświadczalną, któréj wynikiem było, że rzerzączki błon śluzowych cechują się prócz szybszym przebiegiem i zaraźliwością, głównie wytworzeniem ziarnin *(Granulationen)*, które od innych się różnią brakiem przybłonka, łatwą wrażliwością i wydzielaniem znacznéj ilości ropy. „Tylko wydzielina zawierająca zarazek ziarninowy *Virus granuleux* wywołuje na każdéj błonie śluzowéj właściwe zapalenie ziarninowe". Desormeaux starał się przypuszczenie Thiry'ego za pomocą wziernika udowodnić i znalazł rzeczywiście w części opuszkowo-błoniastéj cewki odosobnione kępki wyżéj opisanych ziarnin, z których mają się w następstwie wytwarzać blizny, czyli zwężenia cewki.

Dopiero w r. 1872 wystąpił Tarnowski przeciw temu zapatrywaniu, jak w ogóle przeciw swoistości rzerzączki, chociaż i on widział te ziarniny i dokładnie je opisuje.

W r. 1874 opisuje Grünfeld w pracy o odmianach zapalenia cewki moczowéj jako *Urethritis granulosa* ziarniny zupełnie tak, jak to przed nim Desormeaux uczynił i powiada tylko, że to są zgrubienia lub brodawkowate wybujałości błony śluzowéj.

Trzéj wyżéj wzmiankowani autorowie tworzą, wedle natrafionych zmian w cewce, rozmaite odmiany przewlekłego zapalenia cewki, a jedną z nich jest właśnie to, które przebiega z wytworzeniem ziarnin. Inaczéj Auspitz! Autor ten twierdzi, że jest tylko jeden rodzaj zapalenia przewlekłego cewki powstałego z ostrego, i że rozmaite zmiany wziernikiem wykryte na błonie śluzowéj tejże, oznaczają tylko pojedyńcze okresy tego cierpienia.

Okres pierwszy. Objawy przedmiotowe i podmiotowe. Zwiększenie wydzieliny w postaci kropelki śluzu biało-szarego codzień lub co kilka dni z rana wycisnąć się dająca, pieczenie lub uczucie ciężkości w cewce moczowéj, drożność zupełna nawet dla grubego zgłębnika, jednak zwiększona tkliwość w jedném lub drugiem miejscu przy wyjmowaniu tegoż. Promień moczu prawidłowéj grubości, niekiedy rozszczepany, skład chemiczny prawidłowy; mocz małą ilością cienkich nitek śluzu lub ropy zanieczyszczony. Obraz wziernikowy. Błona śluzowa w całości lub częściowo przekrwiona. Obraz środkowy mniéj głęboki (lejek płytszy) niewyraźnie cieniowany, pole widzenia pokryte śluzem. W niektórych do tego okresu należących przypadkach wytwarzają się około gruczołów Morgagniego małe ropnie, w kształcie biało-żółtawych punktów. Zwykle cierpienie w tym okresie nic nie przechodzi po za część opuszkową. Jeżeli jednak i tylne części cewki są zajęte, natenczas już inne objawy zwracają naszą uwagę na siebie, a badanie wziernikowe wykrywa łatwą wrażliwość części błoniastéj, a obraz przekrwienia i obrzmienia upewnia nasze rozpoznanie. Dopiero co opisany obraz jest najczęstszym w rzerzączce przewlekłéj *(Urethritis simplex.* Grünfeld).

Okres drugi. Prócz powyższych objawów podmiotowych jeszcze oddawanie moczu z niejakiemi trudnościami połączone. Obraz wziernikowy. Obrzmienie całéj błony śluzowéj cewki moczowéj w rozmaitym stopniu, przekrwienie znacznego stopnia części opuszkowéj, błona śluzowa téj części wilgotna, obrzmiała, ćma, pole widzenia robi wrażenie powierzchni zasianéj ziarnkami i wzgórkami, obraz środkowy niewyraźny. Niekiedy można ten stan i w części jamistéj napotkać. Jeżeli siedzibą zmian jest część opuszkowa natenczas często przechodzi na część błoniastą, która wtedy nadzwyczaj łatwo krwawi i dlatego bardzo nieprzystępną do badania wziernikowego. Obraz środkowy tutaj niewidzialny, a pole widzenia po oczyszczeniu z krwi przedstawia się jako powierzchnia zasiana ziarnkami, wśród których można widzieć pojedyńcze ćme miejsca, są to może wrzodziki. Wrażliwość chorych na badanie téj części jest bardzo wielką. W szyjce pęcherza dotychczas nie mógł autor wykryć tych zmian.

Teraz przystępuje autor do wyczerpującéj odpowiedzi na dwa pytania, które sobie zadaje, a zwłaszcza: Czy ziarnina *(Granulation)* rzeczywiście przez swoje wystąpienie, umiejscowienie i przebieg cechuje sprawę przewlekło-zapalną na tle zarazka powstałą i czy jaka anatomiczna zmiana tkanin jest podstawą téj ziarniny?

Na pytanie pierwsze daje autor po nieco przydługich przypuszczeniach i dowodzeniach odpowiedź przeczącą, opierając się głównie na tém twierdzeniu, że w nieżytach przewlekłych wszystkich innych błon śluzowych z jakichkolwiekbądź przyczyn powstałych widzimy w pewnych okresach te same utwory, przypisana im zatém cecha swoistości odpada.

Pytanie drugie rozwiązuje w następujący sposób. Wiemy, że nieżyt zwykły polega na zmianach w przybłonkach i w powierzchownéj warstwie błony śluzowéj, wiemy następnie, że w przebiegu tegoż może przyjść do obrzmienia surowiczego i zgrubienia tych warstw powierzchownych, i że wreszcie cała sprawa może się wśród ciągłego bujania komórek przenieść na tkaninę podśluzową i jeszcze głębiéj. Wyrazem klinicznym téj sprawy jest wystąpienie nierówności i ziarnistości na powierzchni, albowiem tak zgrubienie przybłonka jak obrzmienie i naciek komórkowy w błonie śluzowéj jest niejednostajny. Zmiana zatém, którą mamy przed sobą nie jest „ziarniną", ale „ziarnistém obrzmieniem" *(Körnige Schwellung)*.

(Dokończenie nastąpi).

Andrzéj Smith: Krew odwłókniona do odżywiania przez odbytnicę.

Na posiedzeniu londyńskiego Tow. terapeutycznego Dr. Smith przedłożył w imieniu komisyi wyznaczonéj do badania środków odżywczych wyczerpujące sprawozdanie w przedmiocie odżywiania krwią odwłóknioną przez odbytnicę. Krótkie tymczasowe sprawozdanie w tym przedmiocie, było już odczytane na jedném z posiedzeń w roku zeszłym, obecnie zaś sprawozdanie jest więcéj szczegółowe i odnosi się do znaczniejszéj liczby przypadków, w których téj metody doświadczano. Wstrzykiwano w różnych ilościach od 2 do 6 uncyj raz lub dwa razy dziennie w 63 przypadkach. Z 38 przypadków suchot, w 8 chorzy nie znosili dobrze tego leczenia, a w 20 dostrzeżono polepszenie różnego stopnia czasem bardzo wyraźne. W jednym przypadku suchot pogorszyła się biegunka. Leczono też w ten sposób 9 przypadków niedokrewności, z tych w jednym nie uważano polepszenia, gdy wszystkie inne doznały polepszenia lub wyleczenia. Próbowano tego środka jeszcze w 5 przypadkach niestrawności, wszystkie polepszyły się, niektóre znacznie a niektóre zostały nawet pozornie wyleczone. Jeden przypadek duszności z powodu niestrawności doznał ulgi przy dłuższem leczeniu. Ze skutkiem pomyślnym leczono też tym sposobem 4 przypadki wycieńczenia. Z 3 przypadków nerwobólu dwa doznały

polepszenia a jeden nie. Z dwu przypadków wrzodu żołądka w jednym nastała śmierć w skutek krwotoku, w drugim u ośmnastoletniéj panny wyleczenie. W skutek ciągłych wymiotów zdawało się, że chora ta prawie już kończy życie, odżywiano ją więc przez 2 tygodnie enemami z krwi i wódki, ale te nie miały pożądanego skutku, który osiągnięto dopiero przez enemy z saméj krwi, podając równocześnie wewnętrznie przez usta małe ilości wódki, koniaku i mleka. W jednym przypadku krwotoku macicznego także pomyślny otrzymano wynik.

Na mocy tych doświadczeń Komisyja przedkłada następujące wnioski: 1) Krew odwłókniona nadaje się bardzo do odżywiania. 1) W ilościach 2—6 uncyj ustrój zwykle zatrzymuje ją bez dolegliwości i często prawie cała jéj ilość ulega wessaniu, tak iż w odchodach ledwie tylko małe jéj ślady wykryć można. 3) Używana w ten sposób raz lub dwa razy dziennie prawie w jednéj trzeciéj przypadków sprawia w pierwszych kilku dniach zaparcie stolca w różnym stopniu. 4) W małéj liczbie przypadków zaparcie to trwa, a nawet zwiększa się, w miarę im dłużéj używamy takich enem. 5) W bardzo małéj liczbie przypadków drażliwość kiszek nie pozwala na dłuższe używanie tego sposobu. 6) Sposób ten stanowi dzielną pomoc dla żołądka, gdy ten ostatni nie jest zdolny do odżywiania. 7) Wskazanym jest ten sposób leczenia, gdy kiszki grube nie są zajęte, we wszystkich przypadkach wymagających wzmacniającego (tonicznego) wpływu, którego nie możemy tak rychło otrzymać lekami zwykłą drogą podawanymi. 8) W przypadkach pomyślnych sprawia sposób ten pobudzenie odżywienia, które rzadko tylko, jeżeli w ogóle kiedy jesteśmy w stanie innemi osiągnąć lekami. 9) Sposób ten nie jest połączony z żadném niebezpieczeństwem. (*The Lancet* 1879 II. Nr. 6.) *Dr. Grabowski.*

IV. Zbiór pism hippokratowy w świetle nowożytnéj krytyki.

Wyłożył na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. dnia 4 czerwca 1879

Prof. Dr. **Józef Oettinger.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Znajdujemy w Arystofanesie (r. 420 przed Chr.) oczywisty dowód, że za jego czasów dosłowne brzmienie téj lekarskiéj przysięgi już oddawna było ustalone, bo przytacza z niéj kilka wyrazów, które napotykamy istotnie we wzmiankowanym zabytku.

Jakoż w komedyi mającéj napis: Niewiasty obchodzące tesmoforyje czyli święto na cześć Cerery ustawodajnéj (Θεσμοφοριάζουσαι w. 270) toczy się rozmowa między Mnesilochem i Eurypidesem, w któréj czytamy:

„Mn. Przysięgnij, że mię ratować będziesz wszelkiemi sposobami, gdyby mię coś złego spotkać miało.

Eur. Przysięgam tedy na Niebo (αἰθέρ') siedzibę Zeusa.

Mn. Czyż nie lepiéj na drużynę Hippokrata?

Eur. Przysięgam tedy na wszystkich Bogów“.

Jakkolwiek starożytny Scholiasta wyjaśnia, że tu nie mowa o Hippokracie z Kos, lecz o innym rodem z Aten, to pomijając wzmiankę o osobie, widzimy zgodność z początkiem przysięgi opiewającym: przysięgam na Apollina uzdrowiciela, na Asklepiosa, na Hygieję, Panakeę na wszystkich Bogów i Boginie“.

Z drugiego pisemka zwanego Ustawą a zawierającego ogólne spostrzeżenia i prawidła zachowania się lekarskiego, niechaj znajdzie tu miejsce ustęp zawierający trafną i na istotnem doświadczeniu opartą uwagę: Niebiegłość (ἀπειρίη) zły to skarb i zły dar dla tych, co ją mają, i dniem i nocą, pozbawia ufności i zadawolenia a jest mamką trwożliwości i zuchwalstwa; trwożliwość bowiem jest oznaką niemocy, zuchwalstwo zaś niezręczności (ἀτεχνίη). Dwoje bowiem jest: świadomość (ἐπιστήμη) i wiara (mniemanie, że się wie, δόξα), tamtéj skutkiem jest umieć, téj nieuctwo.

Z przeglądu dokonanego pism rodzimych zaliczonych przez Littrego do klasy pierwszéj przekonywamy się, że tenże powiększył znowu ich poczet do 13tu, że przywrócił niektórym zaprzeczone im niesłusznie miejsce pierwszorzędne i że przez gruntowne wyjaśnienie podniósł niejako ich wartość a w każdym razie ułatwił ich zrozumienie i ocenienie.

O działach następnych o wiele krótszą uczynimy wzmiankę.

Klassa IIga. Pisma Polibosa zięcia Hippokratowego.

1) O przyrodzie człowieka (περὶ φύσιος ἀνθρώπου, *de natura hominis*). Jest to widocznie zbiór urywków dozwalający jednak odgadnąć cały tok wykładu obszerniejszego, z którego jest wyjęty. Arystoteles w swéj Historyi zwierząt ks. III rodz. 4, przytacza długi ustęp o żyłach powtórzony, jak wyraźnie wspomina, za Polibosem, napotykamy go w tém samém dosłownem brzmieniu w piśmie, o którém mówimy. Świadectwo takiéj, społczesnéj niemal powagi, rozstrzyga po nad wszelką wątpliwość o autorskiem pochodzeniu, poparte nadto samą osnową skreśloną według ducha i zasad godnych ucznia, zbliżonego prócz tego powinowactwem do wielkiego Hippokrata. Między innemi wyrażona jest w tém dziele dobitnie zasada leczenia przeciwnicznego: *contraria contrariis*. Rozbierając przyczyny chorób autor cierpienia pospólne, nagminne wywodzi z powietrza, rozproszone zaś czyli sporadyczne od zboczeń szczególnych w sposobie życia czyli w dyjecie.

2) O dyjecie zdrowych (περὶ διαίτης ὑγιεινῆς, *de salubri victus ratione*). Utwór ten, jak podaje Galen, był w największéj liczbie dawnych rękopisów złączony z poprzednim w jednę całość pod spólnym tytułem: O przyrodzie człowieka i dyjecie, jest więc tylko jego dokończeniem. Zawiera on przepisy zachowania się według pór roku, ciałotworu i wieku, podaje sposoby przeciw otyłości, zastanawia się nad zaradczemi wymiotami i lawatywami, tudzież nad tém, jak żyć mają osoby oddające się ćwiczeniom gimnastycznym. Wślizgnęły się i tu dwa krótkie ustępy nie należące do rzeczy, a wyjęte z dwu innych prac zbioru Hippokratesa mianowicie z księgi drugiéj o chorobach i z księgi o cierpieniach. J. Sichel znakomity okulista francuski, który opracował wielce uszkodzone pismo, objęte zbiorem Hippokratowym pod tytułem: o wzroku (περὶ ὄψιος, *de visu*) a umieszczone zrazu przez Littrego aż w klasie IX t. j. między płodami wartości pośledniéjszéj nie mającemi za sobą świadectw starożytnych, po dokładném rozpatrzeniu się tak w niém samém, jak i w odnoszącem się do niego piśmiennictwie, wyznacza mu miejsce o wiele wyższe; skłonny jest nawet na podstawie wzmianki, wprawdzie ogólnéj tylko i dla tego nie dość przekonywającéj, uczynionéj przez Galena, przypisać je także Polibosowi. Związek atoli ścisły z pewnemi płodami zbioru wskazuje mu miejsce do tychże

zbliżone, zatem i tę klasę, do któréj one same należą, a więc w każdym razie wyższą, aniżeli pierwotnie Littré przypuszczał, jak się to niżéj okaże.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Stowarzyszenie centralne lekarzy niemieckich w Czechach wybrało na rok przyszły przewodniczącym prof. Breiskiego, jego zastępcą prof. Kaulicha, skarbnikiem prof. Epingera a sekretarzem Dra Ganghofnera. W skład Wydziału wchodzą nadto proff. Klebs, Halla Ritter, Gussenbauer i Drowie Gsstel i Formanek.

* Skład nowéj Izby poselskiéj Rady państwa we Wiedniu. Na 349 posłów jest 130 szlachty, 147 właścicieli posiadłości mniejszych i agronomów, 57 adwokatów, 8 notaryjuszów 36 urzędników w służbie czynnéj, 34 kupców i przemysłowców, a 4 tylko lekarzy. W Izbie poselskiéj węgierskiéj zaś na 600 deputowanych jest zaledwie trzech posłów lekarzy. *(W. med. Presse.)*

* Gazety moskiewskie donoszą, iż wkrótce spodziewaną jest zupełna reforma i zmiany w obowiązującem prawodawstwie lekarskiem i sanitarnem. Przy przeglądzie ustawy lekarskiéj zebrane zostaną opinije instytucyi naukowych i lekarzy, a wypracowana już ustawa przed zatwierdzeniem rozesłana będzie do urzędów lekarskich i sanitarnych we wszystkich znaczniejszych miastach. *(Kur. Warsz.)*

Statystyka epidemij. W tygodniu 32 ospa nie zmieniła się w Londynie. Umarło osób 5, leczy się w szpitalach tylko 96, zachorowało 20. Zmarło w Paryżu osób 11, w Budapeszcie 4, w Warszawie 2, w Wiedniu 2, w Petersburgu 13, w Bukareszcie 4. w Barcelonie 6. W guberni Płockiéj, Piotrkowskiéj i Kaliskiéj, prawie zupełnie wygasła ospa.

W tygodniu 33 rozszerzyła się nieco bardziéj ospa w Londynie, zapadło 35 (w 32 tygodniu 20). Leczy się w szpitalach 101 (z. t. 96), umarło 4. W Paryżu umarło 12, w Wiedniu 1, w Budapeszcie, Warszawie, Bukareszcie po 2. Po 1 przypadku śmierci było w Tryjeście i Brukselli. Dur osutkowy ustaje w Petersburgu. Krztusiec łagodnieje w Wiedniu. Więcéj umiera dzieci z biegunki w Budapeszcie, Londynie, Stokholmie i innych większych miastach. Do 2 b. m. zapadło w Memfisie na żółtą febrę 85, a umarło 28. Przewleczona do Nowego Yorku, Louisville i St. Louis sprowadziła tamże po 1 przypadku śmierci. Również w Cincinnati i Nowym Orleanie pojawiło się po 1 przypadku tejże choroby. W koło tych miast zaprowadzono surową kwarantannę. W Krakowie umarło w tygodniu 33 z chorób zakaźnych: 1 osoba z ospy nieszczepiona i 1 z zimnicy.

Doniesiono w 34 tygodniu: o 3 przypadkach ospy (z ul. Sławkowskiéj L. 268) i 3 duru brzusznego (2 z Krynicy i 1 z ul. Karmelickiéj L. 67).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 33 umarło w Krakowie osób 28; roczna śmiertelność na 1.000 mieszkańców wynosiła 25,8; we Lwowie 29,1; w Poznaniu 37,7; w Budapeszcie 40,2; w Pradze 29,5; w Tryjeście 41,8; w Bazylei 34,1; w Brukselli 17,7; w Paryżu 23,7; w Londynie 19,4; w Kopenhadze 23,6; w Stokholmie 25,0; w Chrystyjanii 19,3; w Petersburgu 31,1; w Berlinie 32,0; w Monachijum 28,3; w Wrocławiu 28,1; w Dreznie 22,7; w Lipsku 24,3; w Odessie 38,3; w Bukareszcie 30.7. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 sierpnia. Minister wyznań i oświaty w porozumieniu z ministrem spraw wewnętrznych mianował dla egzaminów lekarskich w uniwersytecie krakowskim na rok szkolny 1879/80 komisarzem rządowym prof. Dra Ludwika Teichmanna, jego zastępcą prof. Dra Lucyjana Rydla; współegzaminatorem przy II rygorozum prof. Dra Stanisława Domańskiego, jego zastępcą Dra Stanisława Pareńskiego docenta uniw. i prymaryjusza w szpitalu św. Łazarza; współegzaminatorem przy III rygorozum Dra Franciszka Danka lekarza pułkowego i szefa oddziału chirurgicznego w szpitalu wojskowym, jego zastępcą Dra Alfreda Obalińskiego prymaryjusza w szpitalu św. Łazarza.

* W Nrze 33 Przeglądu podaliśmy kolegom, mieszkającym w Krakowie i na prowincyi, w jaki sposób przesłać mogą swe podpisy do adresu, który zamierzają koledzy warszawscy, w imieniu lekarzy polskich, podać Kraszewskiemu, w dzień jego jubileuszu. Do dnia dzisiejszego przystąpiło do adresu 24 kolegów krakowskich i zaledwo kilku z prowincyi; karteczki noszące ich podpisy, oraz złożone ofiary pieniężne, zostaną odesłane do Warszawy, podług pierwotnie oznaczonego terminu, dnia 31 sierpnia. Wiedząc jednak, że niestosunek zachodzący między uwielbieniem jakie czuje nasza społeczność lekarska dla Kraszewskiego, a tą małą liczbą zebranych podpisów, polega tylko na tém, że wielka część kolegów bawi u wód i uzdrowisk, Dr. Wilkosz w porozumieniu z kolegami w Warszawie, przyjmuje jeszcze podpisy do d. 5 września, w którym to dniu i te ostatnie kartki do Warszawy odesłanemi będą.

Mamy wszelkie prawo spodziewać się, że ci wszyscy, którzy do miana „lekarzy polskich“ zaliczają się, skorzystają z wyżéj oznaczonego przedłużenia, używając zawsze łaskawego pośrednictwa Dra Wilkosza. (ul. Szczepańska 233.)

* Według nadesłanych nam wykazów bawiło dotąd w Krynicy osób 2,262, w Cieplicach czeskich 9,866, w Gieshübl u 101.

* Z *Dziennika Polskiego* dowiadujemy się, że policyja lwowska zwróciła ostatniemi czasy baczną uwagę na kobiety, które utrzymując się jedynie z dochodów wpływających za karmienie dzieci, biorą niemowlęta kilkodniowe, skazane naprzód na niechybną śmierć głodową. Komisarz Blaim wykrył w ciągu b. m. 3 takie przedsiębiorczynie: u jednéj w ciągu kilku miesięcy stwierdzono 6 wypadków śmierci, u drugiéj od maja troje niemowląt umarło z wycieńczenia, u trzeciéj znaleziono dwoje dzieci w stanie najokropniejszego wynędznienia; sąsiedzi pomawiają te kobiety o dodawanie makówek do mleka, które nieszczęśliwe te istoty za codzienny pokarm mają.

Postępowanie policyi lwowskiéj należałoby naśladować w Krakowie; na wizytach szpitala św. Ludwika spotkać można codziennie te Engelmacherinen, przynoszące dzieci w stanie zupełnego uwiądu, mrące tegoż samego lub następnego dnia, a badanie pośmiertne potwierdza tylko to, co i za życia było wiadomem, że dziecko takie pada ofiarą nie choroby przypadkowéj, lecz skutkiem niedostatecznego i niewłaściwego pożywienia.

* **Warszawa**. Z dniem 1 grudnia rb. przybędzie Warszawie nowy organ poświęcony medycynie, pod tytułem *Kronika Lekarska*. Czasopismo to ma wychodzić zeszytami co dwa tygodnie, i zamierza streszczać wszystkie zdobycze na polu nauki lekarskiéj, oraz podawać wyciągi z czasopismów i dzieł zagranicą i w kraju ogłaszanych.

* Z powodu reformy akademii medyko-chirurgicznéj w Petersburgu, pewna część studentów tego zakładu naukowego, przejdzie na wydziały medyczne różnych uniwersytetów państwa. Do Warszawy również przybędzie kilkunastu studentów.

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. Köll, dyrektor zakładu weterynarskiego we Wiedniu, przeniesiony na własne żądanie w stan spoczynku, otrzymał order korony żelaznéj 3ciéj klasy; proff. zaś tegoż zakładu Armbrecht i Bruckmüller otrzymali tytuł radzców rządowych. — Prof. historyi medycyny we Wiedniu Dr. Romeo Seligmann przeniesiony w stan spoczynku otrzymał najwyższe uznanie a na jego miejsce powołany i mianowany został nadzw. prof. dziejów lekarskich docent prywatny z Lipska Dr. Teodor Puschmann. — Prof. Ferd. Hebra w uznaniu znakomitych zasług na polu piśmienniczém i nauczycielskiém otrzymał tytuł i charakter radzcy dworu.

* **Wiadomości osobowe.** Z Gryfii donoszą *Dziennikowi Polskiemu*, że na tamtejszéj wszechnicy otrzymali 13 sierpnia stopień doktora nauk lekarskich PP. Andrzéj Ożegowski z Obrzycka i Bolesław Gryglewski z Wielochowa.

* **Nekrologija**. We Fryburgu umarł profesor fizyjologii Dr. Otton Funke, autor znanego i u nas dzieła.

W Litynie na Podolu † 10 bm. Dr. Aleksander Stankiewicz, który w maju obchodził 50-letni jubileusz swego zawodu lekarskiego.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 34: Szokalski: Zniknięcie długowzroczności w starości; Uwagi nad wnioskami komisyi sanitarnéj. *Gazety Lekarskiéj* w bieżącym tygodniu nie otrzymaliśmy.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Igo Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 6 września 1879. № 36. Rok XVIII.

I. O niektórych odrębnych postaciach suchot płucnych.

Na podstawie własnych spostrzeżeń

podał Dr. Alfred Sokołowski,

Lekarz przy zakładzie leczniczym dla chorób piersiowych w Goerbersdorfie na Szląsku.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35.)

Przebieg choroby, jakto już wyżéj wspomniałem, jest nader przewlekłym, chociaż długość ta zależy w wysokim stopniu od sposobu życia chorego, gdyż czém w mniéj korzystnych warunkach higijeniczno-dyjetetycznych on się znajduje, tém szybsze jest przejście z jednego okresu do drugiego, a tém samém i zejście końcowe prędszém. W ogóle jednym z najbardziéj charakterystycznych rysów w mowie będącéj formy suchot płucnych jest obok długotrwałego przebiegu, skłonność, jaką okazuje to cierpienie w pierwszych okresach swego istnienia do zejścia pomyślnego resp. do ograniczenia się sprawy *(Stillstand)*. Sądzę, że niezbyteczném będzie przytoczenie w tém miejscu historyi dwóch następujących przypadków:

P. L., 28 lat, handlarz towarów wełnianych w jednym z wielkich miast niemieckich, przybył przed trzema laty do zakładu tutejszego, spowodowany cierpieniem płucném. Pacyjent opowiada nam, że usposobienie dziedziczne daje się u niego stanowczo wykluczyć. Przed kilku laty zaczął on kaszlać i kaszel ten z początku nieznaczny i niemęczący powoli przybrał prawie stały charakter męcząc pacyjenta szczególniéj rano i wieczór, a duszność i krótkość oddechu dawała się uczuwać, od czasu do czasu występowały napady silniejszego kaszlu trwając po dni kilka. Ostatniemi czasy chory zauważył, że zaczyna chudnąć i opadać na siłach i ta to głównie okoliczność zmusiła go do udania się do tutejszego zakładu. Stan jego obecny przedstawiał się jak następuje: Stan bezgorączkowy, klatka piersiowa dobrze zbudowana, odżywianie ogólne wcale niezłe. Granice obu płuc znacznie obniżone; na całéj powierzchni obu płuc odgłos jawny, z wyjątkiem nieznacznéj przestrzeni pod prawym obojczykiem, gdzie odgłos opukowy w porównaniu ze stroną przeciwną przedstawia wyraźne stępienie. W tém miejscu przy wysłuchiwaniu znajdujemy słaby wydech oskrzelowy, obok nieznacznéj ilości drobnych wilgotnych rzężeń i słabéj bronchofonii. W reszcie obu płuc oddech bardzo słaby z rozrzuconemi szczególniéj w prawém płucu rzężeniami świszczącemi. Inne organa nie przedstawiały wyraźnych zboczeń. Kaszel bardziej suchy i męczący głównie występował rano i wieczorami, krótkość oddechu niezbyt wielkiego natężenia.

Pacyjentowi zaleconém było leczenie z początku głównie powietrzno-dyjetetyczne, przyczém zalecono mało chodzić, a głównie w pierwszych czasach siedzieć na świeżém powietrzu. Stan poprawiał się szybko, kaszel zmniejszył się, toż samo duszność, ogólne odżywienie poprawiło się znacznie, wówczas zalecono zimne nacierania i większy ruch na świeżém powietrzu. Po upływie jeszcze kilku tygodni, gdy poprawa była znaczniejszą, zalecono obok leczenia powietrzem dyjetetyczne zimne natryski. Pacyjenta przeszło sześć miesięcy poddawano wyżéj wspomnianemu postępowaniu leczniczemu, przy wyjeździe stan jego przedstawiał się w następujący sposób: Stan ogólny nie przedstawiał nic do życzenia, pacyjentowi przybyło kilkanaście funtów wagi, siły wzmogły się znakomicie, był w stanie odbywać znaczne wycieczki w góry, chociaż szybsze chodzenie pod górę pozostało z powodu lekkiéj duszności nieco utrudnioném. Mały kaszel z nieznaczną plwociną występował tylko rano. Badanie fizyczne klatki piersiowéj, oprócz wyżéj wzmiankowanego znacznego obniżenia granic płuc, wykazało nam bardzo nieznaczne stępienie odgłosu opukowego pod prawym obojczykiem, tamże wydech silnie wzmocniony, rzężeń żadnych przy oddechu jako też przy kaszlu nie słychać. W reszcie płuc słychać było słaby pęcherzykowy oddech obok braku wszelkich rzężeń.

Tym sposobem w danym przypadku osiągnęliśmy przy pomocy metodycznéj powietrzno-dyjetetycznéj kuracyi w połączeniu z hydroterapiją rezultat, który śmiało nazwać można świetnym, wyraźne bowiem objawy suchotnicze istniejące

u pacyjenta w szczycie prawego płuca zredukowały się do tego stopnia, że zważywszy na znakomitą poprawę stanu ogólnego pozostałe nieznaczne zmiany można było poczytać jako objawy wytworzonéj sprawy cirrhotycznéj prawego szczytu, témbardziéj, że objawy subjektywne pozostałe, jakoto nieznaczna duszność, kaszel itp., które również znakomicie były zredukowane, można było przypisać istniejącéj rozedmie płuc obok pozostałego chronicznego kataru tchawico-oskrzelowego *(tracheo-bronchitis chr.)*

W tym stanie zdrowia pacyjent powrócił do swoich dawnych niezdrowych zajęć, jakto wyżéj już wspomniałem (kupiec w handlu wełnianych towarów w wielkiém mieście niemieckiém). Lato całe i jesień czuł się bardzo dobrze, z początkiem zimy znowu jednakże stan się pogorszył, po jakiémś nieznaczném zaziębieniu wystąpił kaszel, duszność, daléj począł wyraźnie chudnąć, jedném słowem objawy dawnego cierpienia powróciły na nowo. Pacyjent pomny, o ile pierwszy pobyt w Goerbersdorfie uczynił mu dobrego, z końcem roku 1877 znowu tamże powrócił. Wówczas stan był następującym: Stan ogólny przedstawiał się licho, niemal cały przybytek na wadze znowu został straconym, kaszel i duszność dość silna. Miejscowe stępienie prawego szczytu znacznie się rozszerzyło, gdyż wyraźnie daje się oznaczyć aż do 3go żebra, toż samo z tyłu w okolicy nadgrzebieniowéj prawéj. W miejscu owéj tępości obok wydechu oskrzelowego istnieje bardzo wyraźna bronchofonija i bardzo wiele dźwięcznych rzężeń *(klingendes Rasseln)*. Nad lewym szczytem również słyszeć się dają ograniczone rzężenia. Wyraźnego stępienia jednakże wykazać nie można. W reszcie płuc znajdujemy liczne rzężenia świszczące.

Tym razem pacyjent przebył w zakładzie przeszło rok cały, będąc poddany temuż co przedtém leczeniu. Poprawa jednak następowała bardzo powolnym krokiem, dopiero z następném latem stan się zaczął szybciéj poprawiać. Wreszcie przy wyjeździe stan był następującym: Stan ogólny był znowu bardzo dobrym, kaszel pozostał występując głównie rano, duszność przy wchodzeniu na schody zmniejszyła się znacznie, chociaż została większą niż przy pierwszym odjeździe. Miejscowo pozostało wyraźne dość znaczne stępienie prawego szczytu obok suchego wydechu, rzężeń ani w owém miejscu ani w reszcie płuc nie można wykryć.

Tym sposobem tenże sam pacyjent znowu przyszedł do względnego zdrowia. Proces bowiem w prawym szczycie i tym razem trudno uważać za ukończony *(Stillstand)*, tém bardziéj że stan ogólny przedstawia się wybornym. Jak jednak długo spokój ów trwać będzie, przewidzieć trudno, chociaż pacyjent ma zamiar porzucić zupełnie swe zajęcie, osiąść na wsi w klimacie łagodnym, może być więc że żyjąc w dobrych warunkach higijeniczno-dyjetetycznych zdoła długo utrzymać stan obecny, i że może na długo lub na zawsze uniknąć nowego wybuchu choroby z przejściem jéj w ostatni okres.

W każdym razie sądzę, że wyżéj przytoczony opis choroby dobitnie wskazuje, o ile tego rodzaju cierpienie ma dążność do wyrównania miejscowych zaburzeń.

Przypadek 2. Paw. W. kupiec lat 45 mający, przybył w lecie 1878 r. do tutejszego zakładu z powodu upartego kaszlu od dawna istniejącego. Pacyjent, u którego usposobienie dziedziczne daje się stanowczo wykluczyć, opowiada nam, że cieszył się zawsze dobrém zdrowiem. Od kilku lat dopiero w skutek zaziębienia począł kaszleć. Kaszel ów z początku nieznaczny ustępował to znowu powracał, od roku jednak pozostał stałym, jednocześnie wystąpiła krótkość oddechu i lekkie męczenie się szczególniéj przy wchodzeniu na schody. Wreszcie i w ciągu zimy ostatniéj zauważył, że zaczął chudnąć wyraźnie. Z zalecenia lekarskiego w lecie przybył do Goerbersdorfu, gdzie przy badaniu znalazłem stan następujący: Stan bezgorączkowy, klatka piersiowa dobrze rozwinięta, granice płuc z obu stron znacznie obniżone. Tak zwana tępość sercowa znacznie zredukowana, wreszcie na całéj przestrzeni klatki piersiowéj z przodu i z tyłu otrzymujemy przy perkusyi jasny nietympanityczny odgłos. Przy wysłuchiwaniu wszędzie słychać oddech pęcherzykowy zaostrzony, lecz bardzo osłabiony w natężeniu, wreszcie w obu płucach liczne porozrzucane rzężenia świszczące. Kaszel suchy męczący, występuje głównie rano, krótkość oddechu umiarkowana. Wychudnienie dość znaczne. Wyżéj przytoczone badanie fizyczne dawało nam obraz rozedmy płuc, powikłanéj z dosyć silnym katarem oskrzelowym. Wprawdzie ostatniemi czasy występujące wychudnienie przemawiało za istnieniem jakiegoś głębszego cierpienia miąższu płucnego, fizyczne jednakże badanie nie wykazywało nigdzie ograniczonego stępienia lub innych objawów fizycznych przemawiających za tego rodzaju cierpieniem. Pacyjentowi zaleciliśmy powietrzno-dyjetetyczną kuracyję w połączeniu z zimném nacieraniem. Pod wpływem tego rodzaju leczenia stan chorego poprawiał się szybko a opuszczającego zakład po upływie dwóch miesięcy stan był następujący: Przybyło go na wadze 10 funtów, siły wzmogły się znacznie, kaszel ustąpił prawie zupełnie, krótkość oddechu przy wchodzeniu na góry również się zmniejszyła. Rzężenia liczne wyżéj wzmiankowane zniknęły zupełnie.

Pacyjent udał się do domu, aby znowu oddać się dawnym zajęciom. Przez jesień i zimę trzymał się dobrze, z wiosną wystąpił znowu silniejszy kaszel, duszność, a jednocześnie wychudnienie, tak że pacyjent wkrótce stracił cały zeszłoroczny przybytek na wadze, z początkiem czerwca rb. przybył znowu do zakładu tutejszego, a wówczas przy badaniu fizycznem obok objawów rozedmy płuc w połączeniu z katarem znalazłem objawy wyraźnego ograniczonego zgęszczenia u prawego szczytu płucnego (stępienie odgłosu opukowego, rzężenia drobne wilgotne, wydech silnie wzmocniony). Pacyjentowi znowu zalecono zeszłoroczne leczenie i znów stan jego zaczął się bardzo szybko poprawiać. Po upływie dwóch miesięcy (pacyjent znajduje się jeszcze do dziś od początku sierpnia w zakładzie) stan ogólny poprawił się znacznie, kaszel zmniejszył, miejscowo rzężenia drobne wilgotne z prawego szczytu ustąpiły w zupełności, tępość odgłosu opukowego zmniejszyła się nieco. Tym sposobem w drugim roku obserwacyi znaleźliśmy u naszego pacyjenta wyraźne objawy głębszego cierpienia miąższu płucnego, które roku zeszłego podejrzywaliśmy.

Przypadek ten jest mojém zdaniem bardzo pouczający, wykazuje on bowiem wyraźnie nie tylko sposób rozwoju w mowie będącego cierpienia, lecz jednocześnie potwierdza zdanie wyżéj przezemnie wypowiedziane o skłonności tego rodzaju spraw (przy stósownem leczeniu) do wyrównywania zboczeń dystroficznych miąższu płucnego.

U pacyjenta po raz drugi nastąpiła znakomita poprawa, obecnie ma on zamiar porzucić pierwotne zajęcie a osiąść na wsi, sądzę więc że jeżeli przeprowadzi to konsekwentnie, to i obawa dalszych nowych wybuchów cierpienia ustąpi, istniejące zmiany przyjmą powoli ostatecznie cirrhotyczny charakter.

Mógłbym zacytować jeszcze więcéj podobnych historyj

chorób przezemnie obserwowanych, sądzę jednak, że dwie powyższe są zupełnie wystarczające, aby dać jaśniejszy obraz w mowie będącego cierpienia.

Rokowanie w téj postaci suchot płucnych jest z wyżéj powiedzianego jasném, określić je można jako względnie dobre, zejście bowiem pomyślne zależy głównie od téj okoliczności, czy pacyjent jest w stanie przez czas dłuższy leczyć się metodycznie a następnie czy jest w stanie porzucić niezdrowe zajęcie a oddać się innemu zdrowszemu w warunkach lepszych higijeniczno-dyjetetycznych. Niestety jednakże rzadko pacyjenci będący w pierwszych okresach choroby słuchają téj rady, zadowalają się oni zazwyczaj osiągniętą poprawą, powracają daléj do swoich niezdrowych zajęć, najczęściéj w wielkich miastach, i naturalnie po upływie pewnego krótszego lub dłuższego okresu czasu zapadają znowu, poczém zazwyczaj szybko rozwijają się ostatnie okresy choroby, w których podobnie jak w podobnych okresach suchot płucnych zwykłych rokowanie bywa zupełnie pomyślném.

Najważniejszém zadaniem leczniczém będzie zapobiegać rozwojowi choroby. Tym sposobem osobnikom dotkniętym rozedmą płuc, jeśli u tychże występują częste katary oraz chudnienie, należy usilnie zalecać zmianę zajęcia, porzucenie miasta itp., jedném słowem należy ich postawić zawczasu w jak najlepsze warunki higijeniczno-dyjetetyczne aby tym sposobem zapobiedz rozwojowi następowéj sprawy suchotniczéj. Jeżeli zmiana zajęcia i miejscowości jest możebną, należy pacyjentom takim zalecić unikanie wszystkich okoliczności mogących sprowadzić rozwój świeżego kataru a więc uczęszczania do miejsc przepełnionych dymem i gorącem (kawiarnie), nie narażać się na raptowne zmiany temperatury itp. Szczególnie należy zalecić ostrożne zachowanie się w późnéj jesieni i w początku wiosny, gdzie zazwyczaj występować zwykły pogorszenia u tego rodzaju chorych. Obok tego należy już wcześnie zwrócić uwagę na dobre odżywianie chorych, słusznie więc zrobimy, jeśli obok mięszanéj dyjety zalecimy spożywanie dziennie kilku szklanek mleka. Zahartowanie chorego jest w téj epoce niezmiernie ważném, dlatego téż tego rodzaju pacyjentom należy zalecić codzienne obmywanie całego ciała zimną wodą z następném szybkiém wytarciem grubém prześcieradłem. Jeszcze lepszą pod tym względem oddadzą usługę tusze pokojowe brane codziennie rano, również z następném silném nataręem ciała*).

Jeżeli pomimo wyżéj wzmiankowanych ostrożności powstanie u pacyjenta świeży katar (co najczęściéj ma miejsce wiosną lub późną jesienią), wówczas należy bezwarunkowo zwrócić na niego baczną uwagę. Jeśli tylko pacyjent zacznie uskarżać się na większy kaszel, nie należy nigdy zaniedbywać zbadania klatki piersiowéj a jeżeli wówczas auskultacyja wykaże nam obecność nawet nieznacznéj ilości suchych lub świszczących rzężeń z tyłu lub w okolicy tchawicy, należy bezwarunkowo zalecić pozostanie w domu najmniéj dni osiem w ciepłéj równomiernéj temperaturze pokojowéj; jeśli obok tego zalecimy jeszcze częste popijanie ciepłego napoju np. wody selcerskiéj lub emskiéj z ciepłém mlekiem, wówczas na pewno w ciągu owego czasu pacyjenci pozbędą się kataru i będą mogli daléj oddawać się swemu zajęciu. W przeciwnym razie katary takie zaniedbane ciągną się niezmiernie długo i bardzo często prowadzą do dalszych wyżéj opisanych głębszych zmian.

*) Przy tego rodzaju nacieraniach i tuszach nie należy nigdy zapominać jednéj ważnéj okoliczności, a mianowicie: aby podobne procedury odbywały się w pokoju chorego, ciepłota winna być bezwarunkowo nie niższą od + 13° R. Inaczéj nieraz narażamy chorego na zaziębienie z niemiłemi następstwami. Jeśli warunki miejscowe nie pozwalają na to, aby już rano w pokoju pacyjenta była powyższa temperatura, wówczas lepiéj będzie dla chorego, jeśli takowych manipulacyj wcale nie zalecimy.

Jeśli mamy do czynienia z pacyjentem, u którego już mamy obok objawów rozedmy wyraźne objawy zgęszczeń płucnych, wówczas należy mu przedstawić groźność istniejącego stanu i zalecić koniecznie wielomiesięczny pobyt w zakładzie leczniczym lub stacyi klimatycznéj. Na lato najodpowiedniejszy będzie pobyt w górach w klimacie podalpejskim, (Goerbersdorf, Szczawnica, Reinerz itp.), gdzie obok leczenia powietrzno-dyjetetycznego metodycznie zastósowana hydroterapija*) będzie bezwarunkowo wskazaną. Że takie leczenie najlepiéj przeprowadzone być może w zamkniętym zakładzie leczniczym, to zdaje się nie potrzebuje dalszego dowodzenia. Jeśli pacyjent przebył lato i jesień w górach i jeśli zauważyliśmy u niego stopniową poprawę w stanie ogólnym i miejscowym, wówczas śmiało, jeśli tego zachodzi potrzeba, może część lub nawet całą zimę przepędzić w górach.

Jeśli przeciwnie pod jesień z nastaniem slot lub chłodniejszego czasu wystąpią u pacyjenta katary ponownie, wówczas lepiéj zrobimy, jeżeli go wyślemy na zimę do stacyi klimatycznéj południowéj. Naturalnie toż samo należy zalecić, jeśli zajdzie potrzeba wysłania pacyjenta na kuracyję późną jesienią lub zimą. Z pomiędzy licznych stacyj klimatycznych południowych należy zalecać takie, w których obok dobrze urządzonych mieszkań na zimę, i dobrych spacerów istnieją również zakłady hydroterapeutyczne. W każdym razie nigdy nie należy zalecać jako takie wielkich miast jak Rzym, Palermo itp., w których istnieje tak jak w każdym wielkiém mieście dużo okoliczności mogących wywołać pogorszenie stanu pacyjenta (teatra nieopalane, galeryje itp.). Sądzę, że najlepszą stacyją pod tym względem będzie Meran lub Arco w Tyrolu południowym, daléj Riviera, chociaż stacyje takowéj mniéj są korzystne z powodu silnych wichrów panujących tam zazwyczaj wiosną.

Jeśli pod wpływem wielomiesięcznéj kuracyi klimatycznéj pacyjent będzie na tyle szczęśliwym, że zdołają się wyrównać lub zmniejszyć świeżo powstałe głębsze zmiany miąższu płucnego, wówczas należy jeszcze z większą stanowczością niż przedtém nalegać na zmianę zajęcia i miejscowości, aby uniknąć rozwoju dalszych okresów choroby.

W trzecim wreszcie okresie choroby zadaniem naszém będzie jedynie łagodzić stan ciężki chorego, radykalnéj bowiem poprawy nigdy osiągnąć nie będziemy w stanie. Latem chorych takich wysłać można na wieś lub do zdrojowisk górskich, gdzie daleko lepiéj czuć się będą niż w miastach. Na zimę najlepiéj pozostawić takich chorych w domu, gdzie przy stosowném higijeniczno-dyjetetyczném urządzeniu daleko lepiéj czuć się będą, niż w jakiejkolwiek stacyi klimatycznéj.

Wreszcie w ostatecznych okresach choroby niepozostaje nam nic innego, jak stosowanie śmiałe narkotyków i środków odwodzących na skórę (suche bańki), które jedynie sprawiają ulgę chorym.

---

*) Bliższe szczegóły o tém patrz w artykule moim pt. *Ueber Anwendung der kalten Douchen und Abreibungen bei Behandlung der chronischen Lungenschwindsucht. Berl. klin. Woch.* 1876, oraz *Medycyna* 1875.

II. O leczeniu śródmacicznêm i o oddziaływaniu macicy przy têmże.

Wykład miany w Tow. lek. krak.

przez Dra **M. Kohna**.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32.)

Narzędzia lecznicze tępe.

Bardzo licznym, choć nie bogatym w odmiany jest zastęp narzędzi tu należących. Drążki śródmaciczne (*Stemmpessarien*) i narzędzia tępo rozszerzające szyję maciczną, oto wszystko, co do tego działu zaliczyć możemy, a pochodzi to głównie ztąd, że nie wielu mamy ginekologów, którzyby bardzo chętnie używali tych narzędzi, które też niewielki miewają skutek. Nie zawadzi jednak wspomnieć pokrótce o ich rodzaju i użyciu, ile że w niektórych dziełach bardzo sławione łatwo mogłyby lekarzowi mniéj doświadczonemu dać pochop do nieoględnego ich użycia, prawie zawsze bezskutecznego a bardzo często niebezpiecznego.

Zadaniem drążków śródmacicznych jest wyleczenie nieprawidłowego ułożenia macicy przez to, że po wprowadzeniu drążka do szyi macicznéj macica przedtêm pod kątem ku przodowi lub ku tyłowi zgięta lub pochylona, teraz, że się tak wyrażę, na drążek ten stały nawdziana nie może więcéj zmienić swego położenia, a utrzymana dłuższy czas w sztucznie nadanêm ustawieniu i po wyjęciu drążka w takowêm ma się utrzymywać.

Bardzo rozmaitą jest forma takich drążków przez rozmaitych autorów podana; drążki te jednak nie wiele się w zasadzie od siebie różnią, a najważniejszą między niemi różnicę stanowi punkt oparcia (*point d'appui*) u jednych wewnątrz, u innych zewnątrz pochwy położony. Jasną jest rzeczą, że drążki tego ostatniego rodzaju są już z tego powodu gorsze, że więcéj skomplikowane i że opaski i maszyneryje i choréj mniéj dogodnemi i przez ruchy łatwiéj poruszanemi bywają. Detschy, Martin, Winkel, Schultze, Loewenhardt, Wright, Simpson, Graily Hewitt, Amann i wielu innych podali rozmaitego kształtu drążki oparte wszystkie na jednéj myśli i mające cel jednaki, dlatego ograniczę się tu do opisania najprostszego z nich i dlatego jeszcze najlepszego, tj. drążka Amanna. Drążek Amanna jest to mniéj lub więcéj według potrzeby cienki, zazwyczaj 3 mm. gruby, gładki, na końcu tępy i zaokrąglony obły drążek z twardego kauczuku, do 7 mm. długi a zakończony z jednéj strony tarczą otworem zaopatrzoną, płaską, wielkości 2 centów, z tego samego materyjału zrobioną. Długa oś płaskiéj téj tarczy jest przedłużeniem samego drążka. Drążek ten wprowadza się w szyję maciczną tak samo, jak drążek blaszeńca palczastego, tarcza jego chroni od wpadnięcia w macicę, a po wprowadzeniu umocowuje się go przez ułożenie tamponów w pochwie, które zatêm stanowią dla drążka punkt oparcia. Drążek taki zostawić można w szyi macicznéj kilka godzin do kilku dni, a wskazówką kiedy go wyjąć trzeba są albo podmiotowe objawy bólu ze strony choréj, albo często niestety zmiany przedmiotowe wykazać się dające. Jeden z nowszych autorów opisuje przypadek, w którym chora dwadzieścia dni drążek taki bezkarnie nosiła, samo jednak opisanie tego przypadku jako *curiosum* świadczy, że działanie takiego drążka nie jest zazwyczaj zupełnie obojętnêm. Oprócz bardzo znacznych nieraz boleści używanie drążka śródmacicznego może sprawić zapalenie miąższowe macicy (*Metritis*) lub zapalenie okołomaciczne (*Perimetritis*), nie mówiąc już o zadraźnieniu błony śluzowéj macicy przez dłuższe użycie drążka, gdyż to po wyjęciu tego łatwo i rychło zazwyczaj samo ustępuje.

Co do wartości leczniczej drążka śródmacicznego mam własne doświadczenie tylko przy przodozgięciach macicy, gdyż przy tyłozgięciach i tyłopochyleniach nigdy takowego nie używałem, uznając za słuszne zdanie Graily Hewitta, który mając w tych zboczeniach nader wielkie doświadczenie i przypisując tymże bardzo wiele chorobowych objawów, przez innych autorów inaczéj tłumaczonych, wyraźnie powiada: że mając przecież inne sposoby pewne i skuteczne a nie na działaniu śródmacicznêm oparte do leczenia tyłozgięcia lub tyłopochylenia macicy, nie należy w tym celu używać drążków śródmacicznych sprawiających nieraz następstwa bardzo przykre.

Zgięcie macicy pod ostrym kątem ku przodowi dopiero w dość znacznym stopniu istniejące sprawia dolegliwości. W kilku takich przypadkach zakładałem drążek śródmaciczny Amanna już to rozszerzywszy poprzednio szyję maciczną gąbką prasowaną, już bez tegoż. Czynność tę odbywałem tylko w szpitalu, kontrolując stan choréj co kilka godzin i tylko u osób zresztą zupełnie zdrowych.

Wynik moich spostrzeżeń był następujący: Drążek śródmaciczny użyty w celu leczenia przodozgięcia macicy czasem tylko kilka godzin dla wielkich bólów, czasem jednak i dłużéj do dwóch i trzech dni ciągle, a po pewnéj przerwie znów przez parę dni użyty miał wprawdzie tuż po użyciu wybitny dobry skutek, po dłuższym jednak przeciągu czasu, np. po kilku tygodniach, zawsze bez wyjątku dawny stan zgięcia macicy w tym samym stopniu napotykano. W jednym przypadku drążek kilka tylko godzin w kanale macicznym leżący sprawił dość silne zapalenie otrzewny okołomacicznéj, dla którego niepodobna było wynaleźć w żaden sposób innego powodu. Jednêm słowem uważam drążek maciczny przy tyłozgięciach macicy za zbyteczny, gdyż mamy inne sposoby do leczenia tychże, a przy przodozgięciach macicy jako nieskuteczny na czas dłuższy; miałby on, mojém zdaniem, zastósowanie tylko w tych przypadkach, w których idzie tylko o chwilowe zniesienie lub poprawienie zgięcia, np. jeżeli zgięcie znaczne macicy uważamy za przyczynę niepłodności i drążkiem śródmacicznym stan ten znieść lub poprawić chcemy choćby tylko na czas krótki, w którym plemniki ułatwione mają wejście. Zawsze zalecić wypada przy użyciu drążka śródmacicznego największą ostrożność. Na 42gim zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich Credé i Freund użycie drążków śródmacicznych potępili.

Nie wiele nam wreszcie pozostaje do powiedzenia o reszcie narzędzi leczniczych tępych, gdyż trzymając się raz już wypowiedzianéj zasady, iż rozszerzenie szyi macicznéj tępe tylko bardzo krótkotrwały ma skutek, têm samêm nie wiele słów na ich pochwałę znaleść można. Mimo to przytoczyć nam wypada tutaj choć najbardziej używane, a temi są świeczki i dilatatoryja.

Świeczki, które już to z cynku, ołowiu, twardego kauczuku, już to elastyczne na wzór świeczek do cewki moczowéj wyrabiano, wyszły dziś prawie zupełnie z użycia, gdyż albo za powoli działając żadnéj przed innemi środkami nie przedstawiały korzyści, albo przy ścieśnieniach bliznowato-ścięgnistych żadnego lub niewystarczający tylko dawały wynik. Zalecić by je jedynie można chyba po krwawêm rozszerzeniu szyi macicznéj (*Hysterostomatomia*), aby włożone w ka-

nał macicy zapobiegały zupełnemu znowu zrośnięciu się sztucznie utworzonéj rany, a w tych przypadkach świeczki stałe z twardego kauczuku wybrać należy ze względu na materyjał ze wszech miar odpowiedni.

Z dylatatorów najbardziéj używane są narzędzia Simsa, Pristleya i Ellingera *(Archiv. f. Gyn.* B. V. p. 268), polegające wszystkie na zasadzie, że narzędzie zamknięte wprowadzone w szyję maciczną tamże się tępemi ramionami rozszerza. Narzędzie Pristleya ma zupełnie kształt zgłębnika macicznego, a wprowadzone do szyi macicy rozszerza się za pomocą drążka wewnątrz umieszczonego, kierowanego śrubką na końcu trzonka umieszczoną. Błędem narzędzia jest, że rozwiera się nierówno, a mianowicie najwięcéj, bo blisko 8 mm., w wysokości ujścia wewnętrznego macicy, coraz zaś mniéj wyżéj i niżéj tego miejsca.

Pod tym względem lepszym jest nieco dilatator Ellingera, o którym wynalazca z emfazą mówi: „iż niepojętą mu jest rzeczą, jak tyle lat mogli lekarze męczyć siebie i chore niepotrzebnie, kiedy obecnie jego narzędziem wszystko łatwo załatwić można“. Dilatator Ellingera są to nieco pod kątem rozwartym naprzód nagięte cążki, których 2 tępe w szyję maciczną wchodzące ramiona rozszerzają się, równolegle od siebie się oddalając, a dowolną szerokość oddalenia ich od siebie na niżéj umieszczonéj skali odczytać i ramiona w dowolnem tem położeniu śrubką ustalić można. Autor zaleca narzędzie to do wszelkiego rozszerzania szyi macicznéj, nawet gwałtowne rozdzieranie niém ścieśnień bliznowatych poleca *(brüske Dilatation)*, większa część poważnych autorów jednak przestrzega przed tém i w ogóle nie bardzo przychylnie o narzędziu się wyraża. Co do mnie, to wyznaczyłbym bardzo mały tylko zakres użycia takiego dilatatora, a mianowicie użyć go można bezpiecznie i z pewnym skutkiem do rozszerzenia nie ścieśnionéj chorobowo szyi macicznéj, kiedy ułatwić chcemy i zapewnić sobie wolny odpływ z jamy macicy mając zrobić wstrzyknięcie płynu do jamy macicznéj. Zresztą narzędzie to nie odpowiada innemu celowi. Dilatator bowiem Ellingera jest w części mającéj być wprowadzoną w kanał macicy dwa razy blizko grubszym od zwykłéj sondy, a ztąd jasnym jest wynik, że go w szyję macicy ścieśnioną bez użycia siły wprowadzić nie można. Że zaś wcale obojętną nie jest rzeczą w takim przypadku używać gwałtu, na to zgadza się większość poważnych autorów, tém więcéj, ile że nie można być pewnym ani kierunku ani rozciągłości zdziałanego przedarcia, a łatwo otrzymana fałszywa droga może być i powodem znacznych, nieraz niebezpiecznych krwotoków, osobliwie w przypadkach, gdzie *arteria uterina* blizko kanału macicznego przebiega, jak się to nierzadko zdarza, i może nadto być punktem wyjścia dla stanu zapalnego już to w samym miąższu macicy, już to okołomacicznego. Całe narzędzie zresztą jest ciężkie, niezgrabne i często trudne do użycia, a jego cena wcale nie odpowiada rezultatom, jakie niém osiągnąć można. Zważywszy więc, iż dilatatorem czy to jednego czy drugiego autora tylko bardzo nieznaczne i tylko krótkotrwałe rozszerzenie szyi macicznéj osiągnąć można, polecić takowy możemy, jak to już wspomnieliśmy, jedynie w tych przypadkach, gdzie mając zamiar wprowadzić w jamę maciczną lek płynny, odpływ dla wszelkiéj pewności zapewnić i ułatwić sobie chcemy. Dilatator użyty w każdym innym celu przy rzeczywistéj potrzebie rozszerzenia szyi macicznéj nie odpowie zadaniu nawet przy częstém użyciu i tylko wystawi na próbę cierpliwość choréj i lekarza. (C. d. n.)

III. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków

napisał prof. Dr. **Blumenstok.**

V. Zadławienie czy utopienie. Badanie włosów.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35.)

Oznaczenie wieku człowieka na podstawie badania jego włosów nawet w przybliżeniu nie jest możebném; i pod tym względem Pfaff posunął się za daleko. Co najwięcéj można po braku zupełnym rdzenia i śpiczastém zakończeniu szypułki orzec, że włos pochodzi z płodu, z noworodka, lub w ogóle, że włos jest młodym, że np. wyrósł dopiero u młodzieńca. Pomijam tu znaczenie meszku, jako części składowéj smółki płodowéj, a tém samém jako części składowéj treści niezwykłéj w uchu środkowém, albowiem o nim wspomniałem już pisząc o próbie usznéj.

Również i co do płci żaden wniosek nie jest dozwolony z badania włosów, albowiem jakkolwiek zachodzą różnice co do grubości pomiędzy włosami mężczyzny a kobiety, to przecież różnice te są bardzo zmienne, a nawet badacze niezgodne ze sobą podają cyfry (np. Hofmann i Oesterlen pod względem włosów sromnych). Pod tym względem co najwięcéj niezwykła długość włosa mogłaby przemawiać za pochodzeniem onego z białogłowy.

Natomiast słusznie Pfaff zwrócił uwagę, że z badania włosów korzystać można i w przypadkach wyjątkowych, np. celem sprawdzenia spółkowania płciowego w dochodzeniu zgwałcenia. Wiadomo, że w sprawach tych rzadko zdarza się sposobność badania na czasie plam na bieliźnie i że przeciwnie plamy te dochodzą nas już tak zbruczone i zmięte, że wykazanie w nich plemników jest rzeczą niemożebną. Tymczasem plemniki nierównie dłużéj utrzymują się na włosach sromnych, a zobaczyć je można według Pfaffa, jeżeli bada się włos za dodaniem kilku kropel wody destylowanéj i kropli salmijaku. Kilkakrotnie mogłem się przekonać, że istotnie rzecz tak się ma, przyczém użycie kropli wody destylowanéj lub gliceryny w zupełności wystarcza. Prawda, że i ten szczegół nie ma wielkiego znaczenia praktycznego, w obec faktu, że wiadomość o nieprawném spółkowaniu zazwyczaj tak późno dochodzi Sądu, a tém samém, że badanie sądowolekarskie późno następuje; ale mimo to i ten szczegół dowodzi, że badania włosów lekceważyć nie można. W ogóle włosy są materyjałem bardzo trwałym, co ze stanowiska sądowolekarskiego znów jest rzeczą wagi nieposledniéj, a wynika to już ztąd, że włosy z mumij egipskich, obecnie badane, przedstawiają budowę zwykłą, w niczém niezmienioną. Miałem sposobność badania włosa z mumii peruwiańskiéj, znajdującéj się w muzeum Akademii umiejętn. krakowskiéj i znalazłem włos barwy czerwonéj o rdzeniu prawie nieprzerwanym, rzadkiéj grubości.

Jak dalece badanie włosów może być pomocném w rozstrzyganiu wątpliwości nasuwających się w ważniejszych przypadkach sądowolekarskich, dowodzi kwestyja włosów wklinowanych w czaszkę, która z powodu kilku szczegółowych przypadków poruszoną została w ostatnich latach. Pierwszym był przypadek prof. Brunsa w r. 1856, opisany przez Oesterlena w r. 1873. Znaleziono kobietę bez życia leżącą na boisku, w kości czołowéj było pęknięcie rozległe, przechodzące na kość skroniową i klinową, a w szczelinie téj wklinowane były włosy. Małżonek twierdził, że śmierć żony

nastąpiła skutkiem strącenia jéj z wysokości 30 stóp wynoszącéj. Prof. Bruns twierdził przed przysięgłymi, że włosy wklinowane świadczą, iż obrażenie nastąpiło albo przez działanie bardzo wielkiéj siły, np. skutkiem postrzału, albo przez ponowne zadziałanie gwałtu na czaszkę już pękniętą. Obwiniony przyznał też, że kobieta najprzód strąconą a późniéj kołem uderzoną została kilkakrotnie w głowę. Tym sposobem tłumaczenie Brunsa znalazło poparcie wymowne w przyznaniu się obwinionego; to też Oesterlen (l. c. pag. 144) przytacza ten przypadek bez dalszych ze swéj strony uwag.— Dopiero w 20 lat późniéj, bo w r. 1876, ogłosił Schlemmer w Wiedniu (w *W. med. Presse* i w odbitce osobnéj) 3 przypadki obrażenia głowy, połączonego z wklinowaniem włosów: jeden przypadek spostrzegany przez prof. Hofmanna, jeszcze w Insbruku, w którym obrażenia zadane zostały młotem kamieniarskim, dwa inne zaś spostrzegane we Wiedniu przez Hofmanna i autora, a w nich obrażenie zdziałane zostało raz za pomocą $^1/_2$ litrowéj szklanki od piwa, a w drugim (u dziecka, u którego grubość czaszki wynosiła 3 mm.) za pomocą kopyta końskiego. Z przypadków tych, o których zresztą prof. Hofmann mówi także w dziele swojém o medycynie sądowéj, obaj autorowie wnoszą bardzo słusznie i trafnie: 1) że wklinowanie włosów nie może powstać skutkiem postrzału, 2) że nie potrzeba wcale, aby działała na głowę zbyt wielka siła, 3) że nie potrzeba wcale dwukrotnego uderzenia, to jest uderzenia czaszki już pękniętéj, 4) że wystarcza w zupełności uderzenie jednorazowe, 5) że natomiast potrzeba, aby działało odpowiednie narzędzie kanciaste, 6) oraz, aby ono działało pod kątem ostrym, tak, aby jeden brzeg szczeliny kostnéj był po za kantem; 7) że wklinowanie włosów dowodzi wielkiéj elastyczności czaszki i że nawet brzegi cienkiéj szczeliny kostnéj odstawają od siebie w chwili, gdy kość pęka; wreszcie 8) że znalazłszy na czaszce ogołoconéj z części miękkich pęknięcie z włosami wklinowanemi możemy twierdzić stanowczo, że pęknięcie to było połączone z raną skórną. — Przypadek spostrzegany przezemnie, a o którym zdałem sprawę na posiedzeniu Tow. lek. krak. z d. 3 lipca 1878 r. (p. Przegląd Lek. 1878, Nr. 32) byłby więc piątym z kolei, o ile mnie przynajmniéj wiadomo, a ponieważ przypadki te są rzadkiemi, podam tu ważniejsze szczegóły mego przypadku, o ile takowe mam zapisane w notatkach swoich.

Katarzyna Lasoniowa, lat 70 licząca wieśniaczka, poprzednio całkiem zdrowa, uderzoną została d. 8 marca 1878 r. przez syna swego w głowę za pomocą młota kamieniarskiego 14 funtów ważącego; równocześnie tém samém narzędziem napastnik uderzył w głowę i brata swego i siostrę, ale sprawił im lekkie tylko uszkodzenia.

Katarzyna L. zbadana po raz pierwszy w d. 12 marca przez Drów S. i S. okazała: 1) nad prawym guzem kości czołowéj ranę zmiażdżoną $2^1/_2$ cm. długą, kość obnażoną; 2) na wierzchołku głowy obok szwu strzałkowego ranę zmiażdżoną, ropiejącą, $2^1/_4$ cm. długą, $^5/_4$ cm. głęboką, kość obnażoną, zaklęknięta, a naokoło zaklęknięcia brzegi kości ostre. Orzeczenie opiewało: Obrażenie ciężkie, połączone z nadwerężeniem zdrowia nad 30 dni trwającém i z niebezpieczeństwem dla życia; obrażenie prawdopodobnie zakończy się śmiercią.

Badanie drugie uskutecznione w d. 26 kwietnia przezemnie i kol. Żuławskiego wykazało: 1) Po ranie czołowéj pozostała blizna gwiazdowata, w środku przyczepiona 2) rana nad szwem strzałkowym jest wprawdzie mniejszą aniżeli przy pierwszém badaniu, ale otwartą, ma objętość i postać bobu zwykłego, zagłębia się lejkowato, a za uciskiem wydziela ropę. W jednym kącie rany téj zgłębnik wchodzi na $^1/_2$ cm. i dotyka się kości obnażonéj, chropawéj; w drugim zaś kącie zgłębnik wchodzi na 1 cm. dotykając się odłamka ruchomego. Przy czyszczeniu téj rany wydobyto dwa odłamki kostne, z których jeden nieco większy okazuje włosowatą szczelinę, a w niéj wklinowanych jest kilkanaście włosów, mających po 2 cm. długości. Włosy te badane pod mikroskopem okazały się końcami włosów gładko odciętych. Śmierć kobiety nastąpiła w 2 miesiące po doznaném obrażeniu, a sekcyja wykazała wgniecenie blaszki wewnętrznéj kości na wewnątrz, włókniste zabliźnienie złamania, ropienie znaczne w ranie kostnéj, *pachymeningitis haemorrhagica interna*, zapalenie płuc zatorowe obustronne.

Przypadek ten jest pod każdym względem nadzwyczaj podobny do przypadku opisanego przez Königa w dziele o chirurgii (wyd. I, tom I, str. 19), gdzie znajduje się rysunek i pęknięcia z wklinowaniem włosów i zabliźnienia według preparatu ze zbioru Volkmanna, rysunek odpowiadający w zupełności preparatowi przezemnie przechowanemu; z drugiéj strony jest on pod względem narzędzia, za pomocą którego obrażenie zadane zostało, podobnym do jednego z przypadków Hofmanna, w którym młot kamieniarski również był owém narzędziem, którém pęknięcie i wklinowanie włosów wywołane zostało. Przypadek mój przemawia wreszcie za słusznością twierdzenia Hofmanna a przeciw Brunsowi, o ile dowodzi, że jednorazowe uderzenie narzędziem kanciastém może wywołać i pęknięcie czaszki i wklinowanie włosów, a tém samém dowodzi, że włosy i w takich razach mogą mieć znaczenie sądowolekarskie.

Wreszcie badanie włosów służyć także może do sprawdzenia tożsamości osoby. Zdarza się, że osoba wydalająca się z pewnego miejsca wraca doń po pewnym upływie czasu z włosami sztucznie zabarwionemi, aby módz uchodzić za osobę inną. Orfila dużo robił doświadczeń w tym względzie, a mianowicie w kierunku, czy włosy czarne można barwić na jasne, a potém przywrócić je do stanu pierwotnego, czy jasne można barwić czarno, czy jasne i czarne mogą sztucznie nabierać innéj barwy, prócz ciemnéj lub siwéj itd. Sztuczne zabarwienie włosów można rozpoznać bądź za pomocą mikroskopu, bądź za pomocą odczynników chemicznych, — ale dochodzenia tego rodzaju u nas przynajmniéj nigdy nie okazują się potrzebnemi i dlatego nie mając w tym względzie żadnego własnego doświadczenia ograniczam się do téj krótkiéj wzmianki.

IV. Oceny i sprawozdania.

C. T. Williams. **O skutkach leczenia suchot płucnych pobytem zimowym w uzdrowisku alpejskiém w Davos.**
(Sprawozdanie).

Własności klimatyczne miejsc znaczniéj wyniosłych po nad poziom morza są nader różne w różnych okolicach, odnośnie do stopnia szerokości geograficznéj, stopnia wyniesienia po nad poziom morza, bliskości morza, przeważającego kierunku wiatrów, jakości gruntu itp. Od wszystkich tych czynników razem zależy wpływ fizyjologiczny pobytu w tych miejscowościach na ustrój, tudzież leczniczy w przypadkach różnych chorób, lub też w pojedyńczych okresach téjże saméj choroby. Davos leży około 5.200 stóp po nad poziomem morza

w szerokiej wyżynie, rozpościerającéj się od strony północno-zachodniéj ku południowemu wschodowi, osłonięte ze wszystkich stron wyniosłemi górami wyjąwszy stronę południowo-wschodnią. Śnieg poczyna zazwyczaj padać pod koniec października i pokrywa ziemię grubą, dobrze zmarzniętą warstwą bezprzestannie aż do końca marca. Zwróciwszy uwagę na zupełne wykluczenie znacznego zresztą wpływu klimatycznego szaty roślinnéj przez lśniącą i dobrze odbijającą powierzchnię śniegu, prawie stale utrzymujący się spokój powietrza, na silne działanie promieni słonecznych wśród znacznie rozrzedzonéj powietrzni, na wybitnie wzmożone promieniowanie ciepła, znajdujemy w Davos i miejscach podobnie położonych cechującą różnicę we wszystkich czynnikach klimatycznych w porównaniu z klimatem równin, odmienny też musi być wpływ pobytu tamże na ustrój. Pierwszym potężnym czynnikiem jest tu rozrzedzenie powietrza: ciśnienie barometryczne waha pomiędzy 610—635 milim., zamiast między 730—760, jak w równinach; punkt wrzenia wody wynosi też zaledwie 93° C. Stąd stałym objawem jest pomnożenie liczby oddechów i tętna. Silne promieniowanie zaś utrzymując twardość powłoki śnieżnéj zmniejsza parowanie takowéj i sprawia suchość powietrza. Klimat taki musi działać silnie podniecająco i szczmiąco, skąd bezpośrednio wynika, że zbawienny wpływ tylko na tych chorych wywrzeć może, którzy posiadają jeszcze pewien zasób odporności ustrojowéj i rozporządzają jeszcze dość znaczną powierzchnią oddechową płuc.

Williams podaje historyje chorób kilkunastu przypadków suchot płucnych leczonych pobytem zimowym w Davos, zwracając przeważnie uwagę na skutki lecznicze tudzież uwydatniając krytycznie formy i okresy suchot nadające się do tego sposobu leczenia. Z pomiędzy tych podajemy tu wyciąg kilku wybitniejszych przypadków:

I. P r z y p a d e k p o w s t r z y m a n e g o r o z w o j u s u c h o t p ł u c n y c h w e w c z e s n y m o k r e s i e z k r w o t o k a m i p ł u c n e m i.

H. S. lat 20. mężczyzna, badany dnia 16 września 1878. Przed 8miu miesiącami przebył zapalenie płuc szczytowe; odtąd kaszel z plwocinami śluzoworopnemi. Po upływie ..ch miesięcy krwotok płucny, który w odstępach kilkutygodniowych dwukrotnie się powtórzył; najobfitszy wynosił do $^1/_2$ litra krwi pienistéj. Obwód lewéj połowy klatki piersiowéj wynosił w poziomie brodawki sutkowéj o 3 cm. mniéj, niż prawéj połowy. Stłumienie w szczycie lewym z tyłu aż do grzebienia łopatki. Znaczne osłabienie, kaszel uporczywy, ciepłota prawidłowa. Zimował w Davos od końca października 1878 aż do końca marca 1879. Kaszel tamże się zmniejszył, krwotoki płucne nie powtórzyły się więcéj. Badanie uskutecznione po powrocie w początku kwietnia 1879 wykazało znaczny przybytek ciężaru ciała (9 kilo); obwód strony lewéj klatki piersiowéj prawie równy obwodowi strony prawéj. Stłumienie odgłosu wypukowego ustąpiło. Przysłuch części zajętéj oprócz przedłużenia i zaostrzenia wdechu nic nieprawidłowego nie wykazał.

Przypadek ten stwierdza, że pobyt w miejscach wyniosłych nie tylko nie usposabia do krwotoków płucnych, lecz takowe mimo używania częstych i dość wysilających przechadzek (tamże zwyczajnych) poniekąd zdolny jest powstrzymać.

II. P r z y p a d e k „r o z d z i e l e n i a s i ę i c z ę ś c i o w e g o z b l i z n o w a c e n i a“ n a c i e k u s z c z y t o w e g o.

E. lat 22, kupiec, badany w lipcu 1878. Od 10ciu miesięcy kaszel uporczywy i duszność; raz krwotok płucny w ilości 80 grm. Stłumienie odgłosu wypukowego w szczycie po stronie lewéj z przodu i z tyłu. Upośledzona poruszalność i lekkie zapadnięcie się części górnéj lewéj połowy klatki piersiowéj z przodu. Obwód lewéj połowy klatki piersiowéj mierzony w poziomie chrząstki drugiego żebra o 2·5 cm. mniejszy od obwodu strony prawéj. Wdech i wydech oskrzelowy, *bronchofonia*. Niejakie polepszenie wśród zażywania tranu i żelaza ze środkami gorzkiemi stwierdzono w końcu września 1878. Polecono pobyt przez zimę w Davos. Badanie wykonane po powrocie w kwietniu 1879 wykazało ustąpienie stłumienia w szczycie z przodu, zmniejszenie się stłumienia z tyłu. Obwód obu stron klatki piersiowéj w poziomie chrząstki 2go żebra równy. Wdech w szczycie lewym szorstki i nieliczne suche rzężenia. Wzmożenie się ogólnego odżywienia i przybytek ciężaru ciała. Kaszel lekki z plwocinami śluzowemi nieco obfitszemi tylko nad ranem.

Autor tłumaczy w tym przypadku zapalenia nieżytowego przewlekłego szczytu płuca lewego korzystną zmianę w objawach fizycznych częścią rozdzieleniem się nacieku częścią zbliznowaceniem obok zastępczéj rozedmy części miąższu szczytowego płuca (powiększenie obwodu strony lewéj.)

III. P r z y p a d e k z b l i z n o w a c e n i a n a c i e k u s z c z y t o w e g o j u ż p o c z y n a j ą c e g o r o z p a d a ć.

X. kobieta lat 25, z rodziny suchotniczéj, z wybitnemi objawami zgęszczenia górnéj części płuca prawego i jamy szczytowéj. Przebyła zimę 1878/9 w Davos. Badanie uskutecznione po powrocie wykazało znaczne zmniejszenie się stłumienia po stronie prawéj i ograniczenie szmerów oskrzelowych na przestrzeń mniejszą, z a p a d n i ę c i e się ściany klatki piersiowéj w tejże okolicy a powiększenie obwodu prawéj połowy klatki piersiowéj poniżéj, co autor tłumaczy rozwinięciem się rozedmy zastępczéj średniéj i dolnéj części płuca prawego i wysunięciem się tych części ku górze, które wywołało częściowe wyjawnienie odgłosu wypukowego w szczycie prawym. Polepszenie stanu ogólnego. Przybytek na ciężarze.

IV. P r z y p a d e k s u c h o t p ł u c n y c h z r o z l e g ł y m n a c i e k i e m, k t ó r y w ś r ó d p o b y t u z i m o w e g o w D a v o s u l e g ł p o g o r s z e n i u.

H. S. lat 40, badany w końcu lipca 1878. Od lat 3ch żali się na uporczywy kaszel i ogólne osłabienie; kilkakrotnie w tym przeciągu czasu miewał krwotoki płucne. Zalecono mu dalsze podróże morskie, tudzież pobyt wiosenny w Ajaccio, co nie sprowadziło żadnego polepszenia. Stan obecny: stłumienie tak z przodu jak z tyłu nad całą górną połową płuca prawego. Wdech i wydech oskrzelowy z przodu do żebra 3go, z tyłu do połowy łopatki; rzężenia dźwięczne stale słyszalne przy kaszlu. Wymiary obu stron klatki piersiowéj jednakie. Kaszel uporczywy, ciepłota prawidłowa, znaczne upośledzenie łaknienia.

Udał się na zimę do Davos; tam jednak stan jego się pogorszył, uskarżał się ustawicznie na zimno, kaszel się wzmógł, wystąpiła sinica i stan podgorączkowy. Nadto dotknięty został zapaleniem ostrém opłuny trwającém 3 tygodnie ze znaczną gorączką, poczém zmiany miejscowe w płucu rozszerzyły się i stan ogólny pogorszył.

Przypadek ten przytacza autor jako przykład chorego, dla którego pobyt w klimacie alpejskim jest nieodpowiedni. Twierdzi, iż skutkiem zajęcia znacznéj części płuca i znacznie rozwiniętego stanu cierpienia chory nie rozporządzał dosta-

teczną powierzchnią oddechową płuca konieczną wśród rozrzedzonéj atmosfery, tudzież że osłabienie krążenia czyniło chorego niezdolnym do stawienia oporu niskiéj ciepłocie, która w tym przypadku sprowadziła spotęgowanie towarzyszącego nieżytu płucnego i rozszerzenie sprawy naciekowéj w płucach.

Korzystny ten wpływ leczniczy pobytu w Davos przypisuje autor przedewszystkiém wdechaniu rozrzedzonego powietrza obok używania znaczniejszego ruchu. Wymiary klatki piersiowéj w przypadkach powyżéj podanych i innych przez autora spostrzeganych stwierdzają znaczne powiększenie obwodu klatki piersiowéj w poziomie miejsca zajętego po pobycie w stacyjach alpejskich. Najznamienitszą zmianą w objawach fizycznych wszystkich prawie przypadków nadających się do tego sposobu leczenia było rychłe i wybitne zmniejszenie się stłumienia nawet nad dawnemi naciekami. Wynik ten tłumaczy autor już to wessaniem nacieku, już to częściowém zbliznowaceniem i przemieszczeniem sąsiedniéj zdrowéj części płuca lub wreszcie rozwinięciem się miejscowéj rozedmy zastępczéj. Nareszcie pouczyła autora statystyka pewnéj ilości przypadków chorobowych, że pod wpływem klimatu alpejskiego zmniejsza się skłonność do krwotoków płucnych.

Ogólne działanie klimatu alpejskiego (w miejscach wyższych) należy przeto uważać jako silnie podniecające, trawienie i przyswajanie postępuje śpieszniéj, akcyja narządu oddychania i krążenia potęguje się. Uderzenie koniuszkowe serca bywa u chorych tam leczonych wzmocnione, prawie zawsze widoczne i niektórzy chorzy więcéj się żalą na bicie serca niż na kaszel i inne przypady płucne *).

Wreszcie co się tyczy form i okresów suchót płucnych nadających się do leczenia w klimacie górskim uważa autor za konieczną obecność następujących warunków:

1) Aby zmiany miejscowe w płucach były ograniczone na małą stosunkowo przestrzeń, czyli aby powierzchnia oddechowa płuc nie była znacznie upośledzona.

2) Aby ciepłota ciała była prawidłowa lub tylko nieznacznie podwyższona.

3) Obecność krwotoków płucnych nie stanowi przeciwwskazania do tego sposobu leczenia. (*The Lancet* Vol. II. 1879, VI i VII). *Dr. S. Ponikło.*

Bandl: **O guzach krwawych miednicy niewieściéj, o tychże rozpoznawaniu i leczeniu.**

Krwotoki pochodzące z naczyń należących do obrębu miednicy niewieściéj dzieli autor w ogólności na dwojakie, a mianowicie: na takie, które przybierają pewne jakieś kształty, ograniczają się i przedstawiają późniéj różne obrazy chorobowe, i na takie, które wolno do jamy brzusznéj spływając szybko do śmierci prowadzą. W myśl tego do pierwszych zalicza wynaczynienia ograniczone i tak: *Haematocele retrouterina*, *Haematocele anteuterina* i *Haematoma periuterinum seu Haematocele subperitonealis*; do drugich zaś wynaczynienia wolne pochodzące z pęknięcia jaja płodowego ciąży zamacicznéj.

Najobszerniéj zastanawia się autor nad *Haematocele retrouterina* jako cierpieniem najczęstszém, resztę dodatkowo omawia.

Jak wiadomo najobszerniejszą monografiję o Haematocele napisał Voisin, na którego powołując się B. powiada, że acz Hippokrates i Galen cierpienie to znać się zdawali, to pierwszy przypadek chorobowy ogłosił Pettelan w r. 1810, po nim ogłaszali Recamier, Bourdon, Olivier d'Angers, aż wreszcie Nélaton, któremu główną przyznaje zasługę, rozświecił kwestyję i określił to cierpienie tak ze stanowiska klinicznego jak niemniéj anatomii patologicznéj, nadając mu nazwę Haematocele retrouterina, z dodatkiem że najczęściéj w czasie regularności powstaje. Definicyja ta utrzymuje się po dziś dzień i jest uważana za doskonałą. Po Nélatonie szereg cały autorów podaje już to pojedyńcze przypadki, już też nowe zapatrywania i poglądy a między niemi Schröder niepoślednie zajmuje stanowisko.

W kwestyi umiejscowienia cierpienia powołuje się autor na orzeczenie Schrödera: że siedziba pozaotrzewnowa niezależnie od połogu jest rzadkością, acz możliwości nie zaprzecza, a to tém mniéj, ile że opisane są przypadki wynaczynień pozaotrzewnowych nie zostających ze sprawą połogową w żadnym związku. Liczne przypadki przez autora obserwowane, wszystkie miały zejście pomyślne, dlatego pożycza on obrazu anatomicznego u Voisina i Schrödera i roztacza takowy bardzo zręcznie i wyczerpująco przed czytelnikiem. Mówiąc o powiększeniu macicy, jakie niektórzy autorowie widzieli, twierdzi, że takowe musiało być przypadkowém, a to tém więcéj, że *Haematocele retrouterina* pojawia się u osób, które już rodziły, a tém samém łatwo powiększone macice mieć mogły. Daléj podnosi fakt, że w wielkiéj liczbie przypadków znaleziono jajniki i jajowody chorobowo zmienione, a mianowicie wynaczynionki do miąższu tychże albo jamki krwią wypełnione i pęknięte na zewnątrz. Co do źródła krwotoków podawali autorowie najrozmaitsze zdania, to też B. przechodzi sumiennie wszystkie zapatrywania w téj mierze i godzi je twierdzeniem, że źródło krwotoku może być najrozmaitsze, że zatém tak jajnik, trąbka, naczynia więzów szerokich, naczynia otrzewny, jakoteż naczynia jaja płodowego ciąży zamacicznéj źródło stanowić mogą; przytacza daléj zapatrywanie Virchowa, który twierdzi, że *Haematocele retrouterina* powstaje w sposób podobny jak *Pachymeningitis chronica* i dowodzi, że znachodzą się przypadki, o których powiedzieć można, że w nich guz krwawy w sposób przez Virchowa opisany a nie inny powstał. Jako przykład przytacza przypadek opisany przez Credégo, w którym przy punkcyi odpływała zrazu ciecz surowicza czysta, późniéj różowo zabarwiona a wreszcie krew jasna świeża.

W kwestyi sposobu, w jaki guz się kształtuje, nie wypowiada swego zdania stanowczo, lecz podaje słuchaczom dwa wprost przeciwne zdania Nélatona i Schrödera, z których pierwszy twierdzi, że krwotok bywa pierwotnym i następowo dopiero zostaje otorbiony błonami rzekomemi, które z następowego zapalenia zlepnego otrzewny powstają; podczas gdy drugi dowodzi, że sprawa zapalna musiała już pierwéj istnieć i między pozlepianemi sąsiedniemi trzewami jamę utworzyć, aby mogła wynaczynionka w guz się ukształtować. Z własnego doświadczenia dodaje na tém miejscu, że prawie we wszystkich przypadkach przez siebie obserwowanych mógł w wywiadach odnaleźć objawy zapaleniu częściowemu otrzewnéj odpowiadające; nadto powołuje się na doświadczenie Fritscha, który wstrzykiwał królikom krew do jamy otrzewny i po 3 — 6 godzinach znachodził resztki takowéj lub

*) Brehmer tłumaczy korzystne działanie klimatu alpejskiego na ustrój suchotników tą okolicznością, że serce suchotników względnie innych narządów zazwyczaj małe w skutek podnieconéj akcyi ulega przerostowi i polepszając krążenie wpływa pośrednio na zmiany w płucach.

całkowicie wessaną bez wzniecenia objawów i zmian zapalenia otrzewny poczynającego. Spostrzeżenie autora i przytoczone doświadczenie Fritscha nie przekonywają go dostatecznie, aby się stanowczo na tę lub ową stronę przechylił; saméin jednak przytoczeniem tych uwag zdaje się więcéj przemawiać za zdaniem Schrödera. Zgodnie z Voisinem i Schröderem wykazuje, że najczęściéj na *Haematocele retrouterina* zapadają niewiasty w wieku między 25 a 35 rokiem życia a nadto takie, które już rodziły. Między kobietami, które temu cierpieniu uległy w znanych przypadkach znachodziło się dużo takich, które zapadły dopiero w kilka lat po ostatnim porodzie. Okoliczności ostatniéj nadaje autor doniosłość, wywodzi z niéj bowiem, że u niewiast kilka lat niepłodnych domyślać się można pewnych zmian chorobowych w częściach dodatkowych macicy, które jak zrazu niepłodności tak późniéj krwotoku mogą być przyczyną. Okoliczność wreszcie, że osoby cierpiące *Haematocele retrouterina* opowiadają, iż zanim zachorowały, miewały dolegliwości w czasie miesiączkowania, boleść w dole brzucha itd., mniemanie to potwierdza.

Na podstawie powyższego rozumowania jako najodleglejszą przyczynę krwotoków uważa zmiany chorobowe w częściach dodatkowych macicy tj. w jajnikach, trąbkach i więzach. Rozwijając daléj pytanie co do przyczyny krwotoków, bliższą widzi w nawale krwi miesiączkowym do części rodnych, a bezpośrednią we wszystkich okolicznościach, które pomieniony nawał krwi potęgują, jak np. spółkowanie w czasie miesiączki, do czego się niektóre chore przyznają, zaziębienie, ciężka praca, ustawiczne siedzenie itd. Ostatnie przyczyny tłumaczą nam, dlaczego głównie klasa pracująca a między innemi szwaczki najwięcéj dostarczają przedmiotów badania.

Omawiając przebieg kreśli B. znany obraz chorobowy, a co do zejścia zgodnie z innymi twierdzi, że zejście może być pomyślne lub kończyć się śmiercią. Do przypadków opisanych dołącza 24 z kliniki prof. K. Brauna i czyni zestawienie, z którego wynika, że najczęstsze zejście bywa wessanie z pozostawieniem szczątkowych złogów. Do rzadszych zalicza przebicia do organów sąsiednich a znów między temi częściéj do kiszki stolcowéj, niż do pochwy, z których pierwsze kilkakrotnie do śmierci prowadziło. Równie rzadko jak przebicie do pochwy, pojawia się przebicie błon rzekomych z wylaniem treści do jamy brzusznéj, 4 takie przypadki przytoczone były śmiertelne jak niemniéj przypadki rzadkie, w których treść guza przeszła w ropienie lub posokę.

Z kolei omawia w sposób wyczerpujący poszczególne objawy, chcąc zaś dać pojęcie, jak szybko może czasem guz powstać opowiada, iż gdy raz stawiał pijawki na części pochwowéj w 12 godzin po uskutecznionéj manipulacyi wystąpiły u pacyjentki silne boleści wraz z objawami wewnętrznego krwotoku; przywołany badał natychmiast i znalazł na 2 palce po za wejściem pochwowém guz wielkości pięści w tylném sklepieniu, odpowiadający wszelkim warunkom omawianego cierpienia.

Sprzecznie daléj ze zdaniem Voisina powiada, że nigdy nie znalazł ruchomości guza w przypadkach przez siebie obserwowanych, chociaż znów z drugiéj strony nie wątpi, że w pewnych przypadkach nieznaczna ruchomość jest możebną.

Rozróżnienie w tym przypadku jest bardzo ważne, to téż autor wyliczając zmiany chorobowe, za które chorobę tę brać można, nad każdą się zastanawia. Do zmian chorobowych, które można uważać za *Haematocele retrouterina* wlicza: ciążę zamaciczną, częściowe zapalenie otrzewny, torbiel jajnikowy, jednostronny krwiostek macicy, gdy takowa jest podwójną a jedna strona zamkniętą, wypocinę kołomaciczną, tyłozgięcie macicy ciężarnéj i guz krwawy podotrzewnowy.

W leczeniu zgadza się autor z ogólnie dziś przyjętą zasadą, że guz krwawy świeżo powstały winien być w spokoju utrzymany, jako zaś zwolennik leczenia wyczekującego i objawowego radzi oprócz spokoju i zastósowanie zimna na brzuch, dłużéj trwające przepłókiwanie zimną wodą kiszki stolcowéj za pomocą podwójnego cewnika, uważając pomienione postępowanie za nader skuteczne w celu zatamowania krwawienia czyli powiększania się guza.

W leczeniu późniejszych okresów choroby na mocy doświadczenia sprzeciwia się stósowaniu pijawek przy poczynającéj sprawie zapalnéj otrzewny. Po ustaniu gorączki i bolesności w okolicy guza za najskuteczniejsze uważa kąpiele pełne i nasiadowe, odmawia zaś wszelkiéj skuteczności środkom zewnętrznie stósowanym jak: jod, kali jodatum etc. etc.

Daléj podaje autor wskazania do leczenia chirurgicznego a mianowicie: 1) jeżeli guz krwawy tygodnie a względnie miesiące bez okazania skłonności do wessania w równéj wielkości się utrzymuje i śród objawów silnych boleści chorą do łóżka przykuwa; 2) jeżeli w guzie objawy ropienia lub zposoczenia się okazują. Odnośnie do tych wskazań zastanawia się nad metodami dotychczas używanemi i zaleca zwyczajną punkcyję przy pierwszém a przecięcie guza od strony pochwy przy drugiém wskazaniu. Gani wygniatanie treści siłą, łatwo bowiem może nastąpić pęknięcie błon rzekomych wynaczynionkę otorbiających; z tego samego téż powodu nie zaleca przyrządów działających przez wessanie.

Na tém kończy autor rzecz o *Haematocele retrouterina*. Dla uzupełnienia obrazu krwotoków w miednicy niewieściéj mówi następnie o *Haematocele anteuterina*, a potém o *Haematoma periuterinum seu Haematocele subperitonealis*, podnosząc szczególniéj stosunki anatomiczne. W pierwszym razie opierając się na przypadkach opisanych przez Martina, Brauna i Schrödera podnosi okoliczność, że *Haematocele anteuterina* może powstać albo wtenczas, gdy krew wyleje się do jamy przed macicą już utworzonéj, albo gdy skutkiem zrostów między tylną ścianą macicy a przednią ścianą prostnicy zatoka Douglasa zostanie niejako zniesioną.

Co się tyczy zaś *Haematoma periuterinum* przytacza przypadek w ostatnich czasach ogłoszony przez Kuhna, który te stosunki rozjaśnił: okazało się bowiem, że siedziba guzów jest zazwyczaj obok macicy między blaszkami więzów szerokich, które łączy rodzaj mostka po za macicą po pod otrzewną przebiegającego; czyli, że siedziba podobna jak wypocin kołomacicznych w odróżnieniu od *Thrombus vaginae*, który sadowi się w tkance łącznéj otaczającéj pochwę.

Wykład kończy autor wzmianką o krwotokach wolnych zwykle śmiertelnych. Źródło tychże może być rozmaite, acz najczęściéj pojawiają się skutkiem pęknięcia jaja płodowego ciąży zamaciczněj. (*Wiener Klinik, Juli 1879.*) *Mars.*

V. Zbiór pism hippokratowy w świetle nowożytnéj krytyki.

Wyłożył na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak.
dnia 4 czerwca 1879
Prof. Dr. **Józef Oettinger.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Klasa III. Pisma przedhipokratowe.

Należałoby właściwie zaliczyć tu wzmiankowane już

wyżéj, między rodzimemi, dwa pisemka (pod l. 12 i 13) mające napis: przysięga i ustawa, a przypominające osnową pochodzenie ze świątyń asklepiowych, z których wyłoniła się późniéj samodzielna nauka lekarska. Przez uszanowanie dla dawnego podania zostawiono im miejsce między płodami najpierwszego rzędu. Z początku Littré dwom innym płodom starożytne to znamię przyznał tworząc z nich odrębną klasę, którą składać miały następujące dwie księgi:

1) Przepowiedni księga 1wsza (Προῤῥητικὸν, α', *Praedictionum v. praesagiorum liber I.)* i

2) Przepowiednie koackie (Κωακαὶ προγνώσεις, *Coaca praesagia).*

Między niemi ten bliski zachodzi stosunek, iż pierwsza z malemi wyjątkami i zmianami zawarta jest prawie całkowicie w drugiéj obszerniejszéj, bardziéj rozwiniętéj i troskliwiéj także pod względem stylu i języka opracowanéj. Tamta bowiem ma formę urywkową a nawet zaniedbaną, z jéj treści i układu wnosić można, iż jest od ostatniéj starsza.

Grimm a za nim wielu mniemało, że oba pisma zawierają spostrzeżenia zebrane na chorych leczonych w świątyniach przez Asklepiadów, i że one służyły za źródło główne Hippokratowi do dzieła pomnikowego wzmiankowanego wyżéj a znanego pod tytułem księgi przepowiedni (Προγνωστικὸν).

W miarę postępu swych poszukiwań i objaśniony przez innych na tém polu badaczy głównie zaś przez Daremberga, Littré odstąpił od swego pierwotnego zdania, które z Grimmem podzielał, gdyż przekonał się, że koackie przepowiednie są utworem późniejszym, zawierającym wyciągi z kilku pism zbioru hippokratowego i że ich stosunek do księgi rodzimej o rokowaniu jest odwrotny niż zrazu sądzono tj. że nie ostatnia z tamtéj, lecz przeciwnie pierwsza z drugiéj czerpała, a nawet ustępy z niéj żywcem przepisywała. Natomiast z innéj strony klasa ta skutkiem ważnych odkryć wielekroć wzmiankowanego badacza niespodzianego doznała zbogacenia. Stwierdził bowiem, czego się już domyślił był Galen (Tom V. str. 43 wyd. Bazyl.) że do zbioru, o którym mówimy, weszły też dzieła bądź samego Euryfonta, przewodnika szkoły knidyjskiéj starszego od Hippokrata, bądź téż jéj zwolenników.

Otóż Galen (T. V. str. 456, wyd. Bazyl.) przytacza ustęp z Euryfonta o gorączce sinéj (plamistéj), który co do słowa prawie znajduje się w piśmie zbioru hippokr. pod tytułem „Drugiéj księgi o chorobach,“ nie ulega więc wątpliwości, że całe dzieło tego samego jest pochodzenia. Ustalone to ciekawe odkrycie doprowadziło Littrégo, idącego niejako po nitce do kłębka, do odszukania innych jeszcze z témże dziełem ściśle treścią i wyraźnemi skazówkami złączonych utworów, a nawet i takich, które skutkiem zmiany nazw miano dotąd za zaginione. Wskrzesił on tym sposobem część piśmiennictwa szkoły, którą Hippokrat pokonywał, szkoły od niego starszéj, powodującéj się innemi, niż on zasadami, tj. szkoły Knidyjskiéj, z którą walczyła młodsza Koacka. Dla dania wyobrażenia o odmiennym kierunku tych spierających się z sobą mistrzów i ich drużyny, uwydatnić sobie należy główne ich różnice, wskazane w polemicznych ustępach Hippokrata a stwierdzone porównaniem będących przed oczyma naszemi dzieł tak jednego jak drugiego obozu.

Jeżeli cechą szkoły hippokratycznéj jest usiłowanie ogarnięcia pojawów w stosunku do całego ustroju i otaczających go wpływów zewnętrznych, to Knidyjczyków kierunek zwraca się przeważnie do szczegółów. Tu góruje śledzenie przypadków miejscowych, tam ogólnych; ci drobnostkowo mnożą i rozróżniają zjawiska i nazwy chorobowe tworząc np. siedmiorakie cierpienia żółciowe, męcherzowych dwanaście i t. p., tamci mniéj dbają o liczbę przypadków i odrębnych postaci tudzież mian nadawanych szczególnym zboczeniom, ile o znaczenie i wagę ich ze względu na dolą ogólną. U Knidyjczyków przemaga dążność rozpoznawcza czyli dyjagnostyczna, u Hippokratejczyków przepowiednia czyli prognostyczna. Przeciwieństwo to uwydatnia się także w zadaniu leczniczém. Szkoła Koacka idzie za skazówkami przyrod, popierając jéj zbawienne usiłowania, usuwając przeszkody i wyznając się jéj sługą, Knidyjska pragnie ją przełamać, przezwyciężyć, stać się jéj panią; tamta działa łagodnie i ostrożnie, ta natarczywie a nawet zuchwale, tamta baczy głównie na dyjetę, ta na leki sztuczne i silne; tamtéj chodzi o przywrócenie równowagi w całym ustroju, téj więcéj o leczenie miejscowe, więc też używa a nawet nadużywa środków czyszczących i drażniących, żelaza, żeradeł i żegadeł, zaczepia wprost drogi oddechowe wkraplaniem do płuc, wprowadzaniem cewek do krtani, wyciera gardło, wpycha do jelita odchodowego powietrze i t. p. Właściwością ostatniéj jest także odrębne wyrazownictwo, przywięzujące do pewnych nazw znaczenie odmienne, niż mają pospolicie lub u innych lekarzy, tak np. schorzałości niektóre mianuje chorobami grubemi (τὰ παχέα νοσήματα); ileus (εἰλεός) nie znaczy zagłoby, lecz jakieś cierpienie ogólne mające polegać na zboczeniu krążącego w ciele pierwiastku powietrznego, albo też krwi, albo żółci, a podobne do naszego rozstroju nerwowego, do macinnictwa i t. p.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Goście kąpielowi wracający z Krynicy zawlekli do Krakowa dur brzuszny; dotąd w mieście naszém sprawdzono niewątpliwie 7 przypadków, z których jeden zakończył się śmiercią. Przypadek ten ostatni tyczył się studenta z Podola, który wracając do domu na Kraków już daléj nie mógł jechać, podczas gdy brat jego zawlókł się jeszcze do Tarnopola, gdzie choruje również na tyfus. Nie może więc podlegać wątpliwości, że w Krynicy panuje dur, a przecież dotąd nie słyszeliśmy, aby władza tameczna zarządziła środki odpowiednie, coby przecież było wskazaném, aby epidemija nie rozniosła się po całym kraju; Kraków, dotąd wolny od wszelkich epidemij, już zdaje się w darze otrzymał niemiłego gościa; rzeczą teraz władzy rządowéj będzie uczynić co należy, aby choroba nie zagnieździła się na dobre w Krynicy i nie powitała gości w sezonie przyszłym.

* Minister oświaty zamianował na rok przyszły dla egzaminów lekarskich w Gracu komisarzem rządowym radzcę namiestnictwa Dra Scherera, a jego zastępcą docenta Heimla; koegzaminatorem przy 2gim egzaminie lekarskim prof. Lippa a zastępcą prymaryjusza Platzla; koegzaminatorem przy 3cim egzaminie radzcę zdrowotnego Dra Köppla, a jego zastępcą docenta Quassa.

* **Budapeszt.** D. 28 sierpnia rozpoczął się zjazd XX lekarzy i przyrodników węgierskich. Po zagajeniu posiedzenia przez prof. Kovácsa i przywitaniu gości przez starszego burmistrza Rátha prof. Lenhossek, rektor uniwersytetu, miał rzecz o rozwoju i obecnym stanowisku antropologii, a po nim docent Dr. Müller mówił o walce o byt i społeczeństwie.

* Urząd zdrowotny Stanów Zjednoczonych północnéj Ameryki ukonstytuował się już obrawszy prezydentem Dra Cabella, jego zastępcą Dra Billingsa, a sekretarzem Turnera. Oprócz

tego bióra wchodzi jeszcze 8 osób w skład urzędu, a z nich tylko jeneralny adwokat Philips nie jest lekarzem. Urząd wyznaczył już z grona swego kilka komisyj, a pomiędzy niemi i komisyję dla zbadania febry żółtéj. Na uwagę zasługuje, że gdy ustawa tycząca się tego urzędu zdrowotnego uchwaloną została d. 3 marca rb., urząd sam już z d. 7 kwietnia rozpoczął swe czynności. *(D. m. W.)*

* Od rządu rzeczypospolitéj Massachusetts w Bostonie (w Ameryce półn.) otrzymaliśmy zawiadomienie, że ciało prawodawcze tego stanu na sesyi tegorocznéj uchwaliło zawezwać przełożonych kolei żelaznych do zastanowienia się nad kwestyją, ażali potrzebne są jakieś przepisy względem przyjmowania na posady przy kolejach osób cierpiących na barwoślep. Do zawiadomienia tego dołączony jest list Dra Jeffriesa w Bostonie, zawierający prośbę o przesłanie mu dat odnoszących się do przypadków, wywołanych na kolejach z powodu przerzeczonej wady urzędników i sług, wyników badania oczu tych ostatnich, oraz innych osób, jak majtków, żołnierzy, uczniów itd., a wreszcie przepisów naszych do barwoślepu odnoszących się.

(Za przykładem Szwecyi i dzięki pracy prof. Holmgreena w Upsali we wszystkich prawie państwach europejskich badanie majtków i osób służących przy kolejach żelaznych pod względem czułości na barwy stało się obowiązkowém. U nas wyszło w r. 1876 rozporządzenie ministerstwa handlu, opiewające: „Osoby, które dla krótkowzroczności lub barwoślepu nie są zdatne do spostrzegania sygnałów, nie mogą znaleść pomieszczenia w służbie wykonawczéj“. Dr. Gintl, inspektor kolei lwowsko-czerniowieckiéj, zestawił wyniki poszukiwań, czynionych ze strony zarządów dróg żelaznych w Austryi i Niemczech aż po r. 1877, z których się okazuje, że na 41.444 badanych znaleziono 319 czyli 0·769% nieczułych na barwy; cyfra ta w każdym razie jest za nadto niską, aby mogła zasłużyć na wiarę. Porówn. Reussa *Uiber Farbenblindheit*, *Wiener Klinik* 1879, 3 i Talki: Badanie nieczułości na barwy u służby dróg żelaznych [*Medycyna* 1879, Nr. 15 — 18]. *Redakcyja.)*

* Właścicielka hotelu przy ulicy de la Sorbonne wystąpiła ze skargą przeciw sąsiadowi prof. fizyjologii Pawłowi Bertowi z powodu, że psy, które badacz ten przechowuje w swojéj pracowni, odstraszają gości hotelowych ustawicznem szczekaniem. Przy téj sposobności adwokat powódki wystąpił i przeciw wiwisekcyjom. Reprezentant rządu, adwokat Sénard, przeciwnie bronił zakładu i wiwisekcyi i przypuszczał, że jeżeli goście skarżącéj użalają się na sen niedobry, przyczyną tego są łóżka niewygodne, a nie szczekanie psów. Trybunał oddalił powódkę z jéj żądaniem w zupełności, a żądanie to wcale nie było skromném, bo szkoda miała wynosić 16000 franków. *(D. m. W.)*

Statystyka epidemij. Ospa jednakowo się utrzymuje w Londynie, umarło 4, zapadło 26, leczy się w szpitalach 111. W innych miastach złagodniała, tylko w Warszawie umarło 9, w Bukareszcie 4, w Paryżu 9, w Petersburgu 5. Z innych miast donoszą po 1 przypadku śmierci jak: z Wiednia, Pragi, Genewy, Odessy i Aleksandryi. Zapalenia kiszek są częstsze w Londynie, Warszawie i Paryżu. W Londynie i Petersburgu zaszło po 1 przypadku śmierci z durzycy osutkowéj.

W Radomskiém wygasła ospa. Za to w powiecie Opatowskim wybuchła bardzo gwałtownie a w Płockim pojawiła się w kilku miejscowościach. W powiecie Sieradzkim umarło 5 osób z karbunkułu.

W tygodniu 34 zmarły w Krakowie 4 osoby z chorób zakaźnych: 1 z ospy nieszczepiona, 2 z dławca, 1 z gorączki połogowéj. Doniesiono w 35 tygodniu: o 2 przypadkach płonicy (z Płaszowa i zkąd?); 2 ospy (z ulicy Krzywéj L. 39 i z Rynku L. 21), u dzieci nieszczepionych; 2 dławca (z ul. Szewskiéj L. 223 i zkąd?); 1 duru brzusznego (z Krynicy); 2 duru osutkowego (z ul. Piekarskiéj L. 46 i z Kleparza); 1 odry (z ul. Dolnych Młynów L. 30). Pojawiają się także liczne i ciężkie przypadki zimnicy.

Szczepienie tegoroczne, dla którego przesiadywali lekarze miejscy w swoich stacyjach przez $2\frac{1}{2}$ miesiąca 2 razy w tygodniu po 3 godziny, zakończyło się już z dniem ostatnim sierpnia. Zgłosiło się do szczepienia zaledwie około 450 osób. Nie można ocenić, ile dzieci szczepiło się u lekarzów prywatnych, bo rodzice nie nadsyłają do magistratu świadectw odbytego szczepienia; w każdym razie ilość dzieci na koszt gminy szczepionych jest zatrważająco mała, zwłaszcza jeżeli się zważy, że rocznie rodzi się dzieci około 2200. Fakt ten zasmuca nas tém bardziéj, ile że tak przypadki ospy pojawiające się w ostatnich tygodniach w okolicy kościoła św. Marka jak i w innych częściach, nawiedzały wyłącznie dzieci nieszczepione. Ile więc dzieci musiałoby paść ofiarą ospy, gdyby się coraz więcéj szerzyła. Winą tego byłaby niedbałość rodziców, ale z drugiéj strony musielibyśmy za to ciężko odpokutować, że nie użyto środków pośredniego przymusu, skoro nikogo wedle ustaw istniejących nie można zmuszać bezpośrednio do szczepienia. Niezawodnie zmniejszyłby się znakomicie tak obfity materyjał dla silnéj epidemii ospowéj, gdyby tak właściciele domów jak i magistrat nie przyjmowali do służby nikogo, ktoby się nie wykazał świadectwem szczepienia swoich dzieci. W pierwszym rzędzie dałoby się to łatwo przeprowadzić w obec stróżów domu i służby pożarnéj i akcyzowéj.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 34 umarło w Krakowie osób 30; roczna śmiertelność na 1.000 mieszkańców wynosiła 27,5; we Lwowie 24,8; w Warszawie 17,0; w Poznaniu 30,6; w Wiedniu 23,4; w Berlinie 30.3; w Budapeszcie 33,6; w Pradze 25.8; w Tryjeście 33,7; w Brukseli 21,3; w Paryżu 21,8; w Londynie 19.1; w Chrystyjanii 20,3; w Petersburgu 29,4; w Odessie 42,4; w Bukareszcie 30,4; w Dreznie 29,0; w Monachijum 35,3; w Lipsku 22,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 września. W tygodniu bieżącym bawił tu przez dni kilka prof. Hoyer z Warszawy i zwidził zakłady tutejsze. Żałować nam przychodzi, że dla nieobecności wielu kolegów w Krakowie, zwłaszcza przełożonych zakładów, szanowny nasz gość a tyle zasłużony badacz niemógł być tak podejmowany, jakby zapewne pragnęli wszyscy koledzy ceniący wielkie jego zasługi naukowe.

* W skutek odezwy Komisyi antropologicznéj Akademii Umiejętności w Krakowie (ogłoszonéj i w Przegl. Lek. Nr. 27 z d. 5 lipca rb.) wystósowanéj do kolegów na prowincyi zamieszkałych z prośbą, ażeby jéj dostarczyli szczegółów odnoszących się do właściwości fizycznych ludności galicyjskiéj, zgłosiło się do biura Akademii około 30 kolegów, ofiarując swoje usługi i żądając blankietów do zapisywania tych spostrzeżeń. Komisyja antropologiczna ze szczególném uznaniem wyraża się o koll. Krzyżu i Wysockim w Złoczowie i Mossorze w Wiśniczu, którzy spostrzeżenia swoje już nadesłali, przekonaną będąc, że reszta kolegów, którzy przyjęli na siebie obowiązek współpracownictwa, zapewne tylko dla krótkości czasu i obciążenia zajęciem zawodowém nie zdołała jeszcze wywiązać się z zadania swego. Z przyjemnością konstatujemy fakt, że odezwa Komisyi tym razem nie została bezskuteczną i tuszymy sobie, że szan. koledzy na prowincyi zechcą i nadal i w większéj jeszcze liczbie przyjść w pomoc zabiegom Komisyi antropol., które bez ich żywego udziału nie mogłyby pożądanego odnieść skutku.

* Nakładem wydawców Dwutygodnika Medycyny publicznéj, wyjdzie z początkiem przyszłego miesiąca Kalendarz lekarski krakowski na r. 1880 ze szczególném uwzględnieniem potrzeb lekarzy w Galicyi zamieszkałych, składać się mający z części czysto kalendarzowéj, urzędowo-statystycznéj, naukowéj i z działu ogłoszeń. — Nazwiska wydawców stanowią rękojmię, że kalendarz ten uczyni zadość potrzebie lekarzy galicyjskich i odpowie wszelkim warunkom naukowym.

* Według nadesłanych nam wykazów bawiło dotąd w Krynicy osób 2,363, w Cieplicach czeskich 10,650, w Gieshüblu 101.

* **Mianowania i odznaczenia**. Dr Paweł Guttmann, docent prywatny i autor dzieła tłumaczonego na język polski, mianowany został kierującym lekarzem lazaretu barakowego w Berlinie. — Prof. Schwann wybrany został członkiem korespond. Akademii Umiejętności w Paryżu w miejsce Rokitańskiego.

* **Nekrologija**. W Warszawie umarł d. 31 sierpnia Dr. Henryk Levittoux, urodzony w r. 1822 z ojca oficera wojsk francuskich i z matki polki; ukończył wydział lekarski w Paryżu, gdzie w r. 1819 uzyskał stopień doktora; w r. 1858 powró-

cił do kraju i oddał się praktyce lekarskiéj oraz napisał „filozofiję natury,“ która w r. 1872 wyszła w języku polskim i francuskim. — W Kamieńcu Podolskim umarł Dr. Erazm Brzeziński w 85 roku życia. od lat 60 lekarz praktykujący. — W Indyjach umarli z cholery Dr Jan Wallace, lekarz sztabowy angielski. oraz Dr. Henryk Chatham Gray.—W Paryżu umarł prof. Laveran, inspektor służby zdrowia wojskowéj, autor wielu prac lekarskich; w Lille Dr. Morisson, prof. patologii chirurgicznéj. — W Paryżu umarł sławny chirurg i członek akademii Dr. Chassaignac.

W N. Yorku umarł prof. chirurgii Darby, który jako operator rzetelne oddał usługi w wojnie domowéj, a w r. 1866 odbył kampaniję w wojsku pruskiém. — W Pradze czeskiéj umarł Dr. Bogumił Ceyp z Peclinowiec, prymaryjusz w zakładzie dla obłąkanych, licząc lat 47. Zmarły pochodził ze staréj rodziny szlacheckiéj i obok kilku prac lekarskich wydał zbiór ballad, z których kilka przetłumaczono na język niemiecki.

* **Konkurs.** W Zworniku w Bośnii obsadzoną będzie posada lekarza powiatowego; płaca roczna wynosi 900 zła., mieszkanie wolne i opał. Warunki: stopień doktora w. n. lek. i znajomość jednego z języków słowiańskich; podania stósować należy do władzy powiatowéj w Zworniku. — Prowizorycznie z płacą 900 zła. dla doktorów a 700 zła dla chirurgów obsadzone nadto być mają posady lekarzy gminnych przy wszystkich powiatach.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 35: Sokołowskiego z Goerbersdorfu: Kazuistyka lekarska I. Przypadek rozedmy śródpiersiowéj. *Gazeta Lekarska* nie doszła nas.

Redakcyja otrzymała:

Dra ADAMKIEWICZA (w Berlinie): Ein Magenirrigator (osobne odbicie z Nru 34 *Berl. klin. Woch.* z rb.) in 8vo str. 4 z ryciną.

Dra Cl. BONFIGLI (w Ferrarze): Ulteriori considerazioni sull'argomento della cosi detta pazzia morale. Reggio Emilia 1879, in 8vo, str. 98.

Dr. MIECZ. DUNIN-WĄSOWICZ. O uprawie tytuniu w Wirginii i statystyka tytuniowa północnéj Ameryki.

Dr. MIECZ. DUNIN-WĄSOWICZ. Ueber die Verryken'sche Zerstörungsmethode bei toxicologischen chemischen Untersuchungen auf Metallgifte.

Redaktor Przeglądu Lekarskiego już powrócił i objął swoje czynności.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 13 września 1879. **№ 37.** Rok XVIII.

I. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala powszechnego św. Łazarza w Krakowie Prymaryjusza Dra A. Zarewicza.

Przypadek pierzchnicy czerwonéj. *(Lichen exsudativus ruber.)*

Opisał Dr. **Leopold Glück**.

Dnia 12 stycznia b. r. M. Cierniak, wyrobnik, liczący lat 38, szukał porady lekarskiéj na oddziele chorób skórnych dla cierpienia skóry, które, jak mówił, przed dwoma wystąpiło miesiącami. Chory podaje, że ani rodzice ani nikt w rodzinie jego, o ile pamięta, nie przebywał podobnéj choroby; sam zaś prócz jakiejś choroby gorączkowéj, prawdopodobnie durzycy, przed 20 laty, i dwukrotnie w rozmaitych okresach czasu wracającéj zimnicy zawsze się cieszył najlepszém zdrowiem. W listopadzie ubiegłego roku zauważył, że skóra na dłoniach nadmiernie grubiała, pękała i w grubych łuszczyła się płatach. Zgrubienie tak szybko postępowało, że z początkiem grudnia rąk ani w pięść złożyć ani roztworzyć nie mógł, a paznokcie stwardniały tak, że ich obciąć nie było można. Następnie miały wystąpić zmiany skóry na twarzy i głowie porosłéj włosami, które chory w następujący opisuje sposób: „Skorom tylko wyszedł z izby na zimniejsze powietrze i po chwili wrócił, całą twarz miałem białą, jakby mąką posypaną, a na głowie pełno było łupieżu, którego przedtém nigdy nie miałem“. Równocześnie z wystąpieniem cierpienia na twarzy wystąpiło zaczerwienienie i obrzmienie spojówki i pieczenie w oczach. W połowie grudnia poczęły się na obu przedramieniach po stronie zginaczy tworzyć czerwone, wielkości prosa guziczki, które choremu nie sprawiały swędzenia. Z razu guziczki te były rzadko rozsiane i dopiero następnie tak się pomnożyły, że w zajętém miejscu nie było ani śladu zdrowéj skóry. Guziczki te z razu czerwone dopiero późniéj pokrywały się drobnemi łuseczkami. Z przedramień szerzyło się cierpienie na ramiona, barki, szyję, górną część klatki piersiowéj, zkąd przeszło bokami na grzbiet a z grzbietu wąskim paskiem na ściany brzuszne; dopiero w ostatnich dniach zajęło pośladki i górną część ud, a paznokcie u palców nóg także zgrubiały i stwardniały. Cierpienie zachowywało przez cały czas trwania swoją wybitną cechę, tj. zrazu występowały rozsiane guziczki, małe, czerwone, których liczba się zwiększała, aż skóra w zajętém miejscu całkiem się zmieniła w drobno łuszczący się, czerwony pancerz otoczony w obwodzie większą lub mniejszą ilością świeżo powstałych guzków. Świąd, jakiego chory doznawał, był nieznaczny w porównaniu z rozległością cierpienia; ból oczu ciągle się utrzymywał. Kiedy chory po raz pierwszy przybył do szpitala, zmiany wyżéj opisane były już bardzo rozległe, gdyż zajmowały prawie całą powierzchnię skóry wyjąwszy pojedyncze miejsca wolne na dolnéj części klatki piersiowéj, górnéj ścian brzusznych i odnogach dolnych. Na rękach wpół zgiętych po stronie dłoni skóra znacznie zgrubiała i popękana, paznokcie grube i twarde i ta też okoliczność, że rąk ani otworzyć ani w pięść złożyć nie mógł, skłoniła chorego do szukania pomocy lekarskiéj.

Po zbadaniu chorego rozpoznano: *Lichen exsudativus ruber* i radzono choremu, by został w szpitalu, na co się jednakże nie zgodził. Zapisano mu więc 10 pigułek azyjatyckich, z których miał dziennie po jednéj zażywać, kąpanie rąk w letniéj wodzie i nacieranie tłuszczem, wreszcie kazano mu co kilka dni przychodzić do szpitala w celu spostrzegania biegu choroby.

Dnia 27 stycznia przybył chory do szpitala żądając przyjęcia dla stałego leczenia. Badany wykazuje następujący stan obecny: Wzrost średni, odżywienie dosyć dobre, tętno spokojne, ciepłota skóry prawidłowa. W układzie kostnym zboczeń żadnych. Gruczoły pachwinowe obustronnie powiększone i twarde, karkowe i barkowe zaledwie wymacalne. Skóra prawie całego ciała z wyjątkiem czoła, obu podudzi i części dolnéj tylnéj uda lewego chorobowo zmieniona, a zwłaszcza wysepkowo czerwona, rowkami płytkiemi jakby w czworoboczki pocięta, w kilku miejscach nawet porozpadana i drobnemi, cieńkiemi łuseczkami pokryta. Prócz miejsc

jeszcze zupełnie prawidłowych i reszty skóry chorobowo zmienionéj, a co dopiero opisanéj, znachodzimy jeszcze niektóre okolice, jak dolną część klatki piersiowéj, oba uda, gdzie skóra prawidłowo zabarwiona zasianą jest większą lub mniejszą ilością do wielkości prosa dochodzących, czerwonych grudek, które w jedném miejscu są jeszcze zupełnie odosobnione, w innéni zaś już się zlewają w wysepki czerwone, i drobno się łuszczące. Przypatrzywszy się lepiéj jednemu z tych miejsc widzimy, że grudki są dwojakiego rodzaju: jedne są nieco mniejsze, żywiéj czerwone, stożkowate i drobnemi bardzo delikatnemi łuseczkami pokryte, inne zaś nieco większe, blade, więcéj kuliste i lekkiém ale wyraźném zgłębieniem opatrzone, które zajmuje zwykle łuseczka. Skóra twarzy a szczególniéj na nosie, wardze górnéj zaczerwieniona i bardzo znaczną ilością łusek cienkich pokryta, tylko skóra rąk po stronie dłoni grubo się łuszczy. Skóra przy dotyku jest chropowata, sucha i zgrubiała. Ślady drapania nieznaczne, strupków nie ma; chory powiada, że świąd jest bardzo nieznaczny. Włosy w miejscach dotkniętych prawidłowe, tylko włosy głowy pokryte bardzo znaczną ilością łusek jakby mączką, paznokcie u palców rąk i nóg zgrubiałe i twarde. Na brzegach powiek obu oczu obraz zupełnie podobny do *blepharadenitis furfuracea*, spojówki powiekowe mocno nastrzykane, nieco obrzmiałe, gałkowe niezmienione, z nosa cuchnięcie silne, które dopiero miało wystąpić od czasu trwania choroby. Badanie narządów wewnętrznych, prócz miernéj rozedmy płuc i rozszerzenia żołądka, nie wykazało żadnych nieprawidłowości; białka w moczu nie ma.

Na podstawie więc stanu obecnego rozpoznano: *Lichen exsudativus ruber.*

Już dawniejsi dermatologowie nazywali pierzchnicami *(Lichen)* każde cierpienie skóry występujące pod postacią grudek, przyczém jednak nie uwzględniali ich treści, przyczyny, objawów i przebiegu; nowsi zaś, idąc za podziałem Hebry, określają nazwą „pierzchnic“ tylko grudki drobne, które się w następstwie nie powiększają, nie wywołują znacznego świądu, barwy szaréj lub czerwonéj, pokryte są łuseczkami i pozostawiają po wyleczeniu odsłonięcie skóry. Według układu Hebry należą pierzchnice do chorób wypocinowych skóry i dzielą się na dwie odmiany, pierzchnice zołzowych *(L. scrophulosorum)* i pierzchnice czerwone *(L. ruber)*.

Grudki jasno lub ciemno czerwone wielkości ziarna maku do wielkości prosa dochodzące jużto stożkowate, już też kuliste, z drobném ale wyraźném zniżeniem *(Delle)* w środku, które odpowiada ujściu gruczołu łojowego, pokryte mocno przyczepionemi łuseczkami, grudki, które swéj treści nie zmieniają, bardzo mało rosną i tylko przez wytwarzanie się nowych szerzą się, cechują chorobę zwaną pierzchnicą czerwoną. Podana tu definicyja różni się od téj, jaką podają autorowie. Hebra, a za nim wszyscy inni, twierdzą, że grudki pierzchnicy czerwonéj wcale nie rosną, doświadczenia, jakie pod tym względem robił Dr. Zarewicz, wykazały, że grudki z razu wielkości ziarnka maku, po niejakim czasie dochodziły wielkości główki szpilki i prosa, po nad tę granicę jednak nigdy nie przechodziły. Wyłanianiu się pierwszych grudek nie towarzyszy gorączka ani też inny jaki objaw ogólny. Do pierwszych grudek dołączają się świeże i to albo bezładnie, albo co rzadziéj, świeże gromadzą się około dawniejszéj tworząc kępkę, otoczoną skórą zdrową, o środku niekiedy zapadłym i ciemniéj zabarwionym.

Grudki z razu rzadko rozsiane w pewnéj tylko części skóry, pomnażając się, tworzą w następstwie większe lub mniejsze nacieki, skutkiem zetknięcia pojedyńczych grudek powstałe, czerwono zabarwione, mocno przyczepionemi łuszczkami pokryte, w ich obwodzie jednak napotykamy zawsze zmiany pierwotne, tj. grudki, świadczące o szerzeniu się cierpienia. Skóra twarzy i głowy prócz znacznego łuszczenia nie okazuje zmian, włosy są suche, ale prawidłowe.

Po dłuższym przeciągu czasu, zwykle po upływie 2—3 lat, rozpościera się cierpienie na całą skórę. Ogólna powłoka jest natenczas czerwono zabarwiona, znaczną ilością łuszczek wolno tylko przyczepionych pokryta, naciekła, zgrubiała, twarda i łamliwa; przesuwając po niéj ręką doznaje się uczucia, jakie daje skóra szagrynowa. Na dłoniach skóra znacznie zgrubiała, miejscami porozpadana, ruchomość palców do tego stopnia upośledzona, że chory rąk ani roztworzyć ani w pięść złożyć nie może. Paznokcie u rąk a niekiedy i u palców nóg zgrubiałe, twarde i łamliwe. Włosy na głowie, w pasze i na częściach rodnych i teraz nie zmienione, w innych miejscach zaś albo brak ich zupełnie, albo cienki tylko wyrasta meszek. W tym okresie skóra w niektórych miejscach, a zwłaszcza w dawniéj zajętych, zapadła i zanikająca, przez złogi barwikowe ciemniéj zabarwiona, w innych miejscach wytwarzają się kędzierzaki *(telangiectasiae)*. Skutkiem utraty elastyczności powstają rozpadliny bolesne i krwawiące, które czarnemi pokrywają się strupami.

Świąd w porównaniu do rozległości cierpienia jest zazwyczaj nieznaczny, przynajmniéj rzadko zmusza chorego do drapania, zdaje się, że brak tego przykrego objawu jest głównym powodem, dla którego chorzy nie szukają u nas rady lekarskiéj, a szpitale niekiedy latami nie widzą chorego z pierzchnicą.

Z tego co dotychczas o téj chorobie powiedziałem wynika, że można ją podzielić na trzy okresy: w pierwszych dwóch cechują ją głównie grudki, w trzecim zaś obok zmian samych na skórze wychudnienie i uwiąd chorego.

Ajtyjologija pierzchnicy czerwonéj jest dotychczas zupełnie ciemną; w żadnym ze spostrzeganych przypadków nie można było wynaleść ani zewnętrznego ani wewnętrznego punktu oparcia, do którego możnaby odnieść przyczynę jéj wystąpienia. Wiemy tylko z zupełną pewnością, że nie rozwija się na podstawie kiły i że nie jest zaraźliwą. Pierzchnica czerwona jest chorobą w ogóle dosyć rzadką; Hebra np. widział ją w swéj długoletniéj i rozległéj praktyce nie wiele więcéj nad 50 razy. Na 1053 przypadków chorób skórnych, z wykluczeniem wszystkich na tle kiłowém powstałych, jakie leczono na oddziale Dra Zarewicza od r. 1873 do końca 1878 rozpoznano tylko dwa razy *Lichen ruber*. Na tysiąc chorych wypada zatem 1·89. Sprawozdanie lekarskie szpitala powszechnego we Lwowie, obejmujące sprawozdanie oddziału chorób skórnych dla mężczyzn z lat trzech (1871, 1872 i 1873), nie wspomina między 854 chorymi z cierpieniami czysto skórnemi ani o jednym przypadku pierzchnicy czerwonéj (Dr. Różański). Sprawozdanie oddziału kobiet obejmuje wprawdzie tylko 125 przypadków chorób skórnych z r. 1873, ale i tam nie spotykamy się z żadnym téj choroby przypadkiem. Można zatém powiedzieć, że *Lichen ruber* należy u nas do chorób rzadszych, a w następstwie tego i mniéj znanych.

Pod względem płci podaje Hebra, że kobiety w $^1/_3$ części były dotknięte tą chorobą. Neumann zaś twierdzi, że jéj częściéj podlegają kobiety niż mężczyzni; sprzeczne to zdanie można bez wahania rozstrzygnąć na korzyść Hebry,

jeśli się zważy, że Neumann widział tylko, jak sam mówi, $1/3$ przypadków Hebry, a z własnéj praktyki tylko o jednym wspomina. Przed 10 a po 40 roku życia choroba ta bardzo rzadko występuje, Neumann widział ją raz tylko u dziewczynki 8-letniéj. Przebieg choroby jest zwykle powolny, jeden jest tylko znany przypadek, w którym już po 3-miesięczném trwaniu była przyczyną śmierci.

Przypadek nasz różni się w kilku punktach od wyżéj podanego obrazu i tak: cierpienie nie rozpoczęło się od wytwarzania grudek, tylko od zgrubienia i łuszczenia skóry na dłoniach, zgrubienia i stwardnienia paznokci, łuszczenia drobnego otrębiastego na twarzy i głowie, z którém równocześnie wystąpiło ostre zapalenie nieżytowe spojówek, nieżyt błony śluzowéj nosa z cuchnącą wydzieliną i obrzmienie gruczołów pachwinowych; dopiero po rozwinięciu się tych objawów poczęły się wylaniać grudki na przedramionach. Wylanianie tychże szybko się zwiększało, tak, że w trzy miesiące od wystąpienia choroby prawie cała skóra była naciekła, z pominięciem części ud, obu podudzi, nóg i dolnéj części klatki piersiowéj. Przebieg zatém cierpienia u naszego chorego jest niezwykły.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków

napisał prof. Dr. **Blumenstok.**

VI. Śmierć z otrucia arszenikiem.

Dnia 27 kwietnia 1874 r. Sąd powiatowy w N. otrzymał doniesienie, że dnia poprzedniego we wsi W. B. zmarła śmiercią nagłą Anna L., i to, jak mąż podaje, po wypiciu kieliszka wódki u siostry swéj Karoliny J.

Sekcyja odbyta w d. 29 kwietnia przez Dra L. i chirurga G. wykazała co następuje:

Oględziny zewnętrzne. 1. Zwłoki kobiety około lat 23 liczącéj, wzrostu średniego, dobrze zbudowanéj i odżywionéj. 2. Włosy na głowie jasne, około 6 cali długie; rogówki mętne, źrenice miernie rozszerzone. 3. Na plecach i odnogach, tak górnych jak i dolnych, rozległe znaki pośmiertne. Oględziny wewnętrzne. 4. Powłoki czaszkowe nigdzie nieuszkodzone. 5. Kości czaszkowe cienkie, nieuszkodzone. 6. Błony mózgowe w krew bardzo obfite. 7. Mózg zbitości prawidłowéj okazuje na przekroju liczne kropki i prążki krwawe, w komórkach mózgowych i na dnie jamy czaszkowéj dość znaczna ilość surowicy krwawéj. 8. Płuco prawe zupełnie wolne, rozdęte, w krew obfite; płuco lewe w górze nieco przyrośnięte, również rozdęte, przekrwione. 9. Worek sercowy zawiera nieco surowicy krwawéj. 10. Serce wielkości prawidłowéj, ściany jego miernie tłuszczem obrośnięte, w komórkach nieco skrzepów, zastawki prawidłowe, naczynia do serca i od serca prowadzące zawierają dużo krwi. 11. Brzuch miernie wzdęty. 12. Żołądek tak przy wejściu, jako i przy wychodzie podwiązany nad słojem szklanym czystą wodą wypłukanym rozcięto. Znaleziono go wypełniony płynem gęstawym barwy brunatno-żółtéj, dającym osad podobny do proszku żółtego, tu i owdzie w bryłki zbitego. Błona śluzowa żołądka rozpulchniona okazuje liczne wynaczynienia krwi w formie podłużnych smug, gdzieniegdzie nadżerki (*erosiones*). Podobny proszek, jaki się mieścił w płynie żołądkowym, znaleziono przylegający do ścian żołądka. Żołądek wraz z treścią włożono do słoju szklanego, zawiązano pęcherzem i oznaczono Nrem I. 13. Kawałek kiszki cienkiéj po poprzedniém podwójném podwiązaniu wycięto i otworzono nad garnkiem glinianym. Treść była płynną, błona śluzowa rozpulchnioną. 14. Wątroba wielkości prawidłowéj, przekrwiona, okazuje objawy rozpoczynającéj się zgnilizny. 15. Śledziona powiększona, zresztą prawidłowa. 17. Wspomniony kawałek kiszki cienkiéj wraz z jéj treścią, kawałek wątroby, śledziony i nerki włożono do garnka glinianego, zawiązano pęcherzem i oznaczono Nrem II. 18. Pęcherz moczowy próżny, błona śluzowa jego prawidłowa. 19. Macica prawidłowa.

Śledztwo wykazało, że Anna L., która ze siostrą swoją miała spór o grunt, d. 25 kwietnia popołudniu przybyła do ciotki swéj i u niéj bawiła aż do wieczora, będąc rozmowną i wesołą. Wyszedłszy ztamtąd wstąpiła do siostry swéj Karoliny J. a po bardzo krótkim tam pobycie wróciła chorą do mieszkania swego, opowiadając mężowi swemu, że siostra Karolina J. widząc ją przechodzącą koło domu swego przywołała ją do siebie, poczęstowała ją kieliszkiem wódki i prosiła, aby jéj pomogła mleć na żarnach, że jednak, gdy po wypiciu téj wódki niesmacznéj nie dobrze jéj się zrobiło, wróciła niebawem do domu, dokąd przybywszy dostała wymiotów, które się bardzo często powtarzały, narzekała na palenie w piersiach i oskarżała siostrę swoją, twierdząc, że przyczyną choroby jest wódka, którą u niéj piła, a na zapytanie stanowczo podała, że ani u ciotki, ani u siostry nic nie jadła. Śmierć Anny L. nastąpiła dnia 26 kwietnia rano około godziny 7méj, a więc mniéj więcéj po 12-godzinnéj chorobie, przy zupełnéj przytomności, tak że umierająca mogła w obec świadków rozporządzić swym majątkiem na rzecz męża swego. Karolina J. tłumaczyła się w ten sposób, że na kilka dni przed śmiercią Anny L. pewien wieśniak przyniósł jéj biały kamyk, który nazwał arszenikiem, że na zlecenie męża swego kamyk ten roztarła, zmięszała z mąką i upiekła placek na szczury, że siostrę swoją, gdy koło jéj domu przechodziła, w rzeczy saméj przywołała i poczęstowała wódką, że jednak Anna L., korzystając z chwilowego jéj wyjścia z izby, musiała zjeść ów placek, który na żerdzi zawiesiła była. Przy rewizyi uskutecznionéj w domu Karoliny znaleziono flaszeczkę z płynem żółtym; flaszeczkę tę jakoteż dwa naczynia z trzewami przy sekcyi wyjętemi przesłane przez Sąd powiatowy w N. Sąd krajowy tutejszy wręczył w d. 5 maja dwom panom chemikom tutejszym.

Ze sprawozdania ich wyjmuję kilka ustępów:

„W słoju pod liczbą I. oznaczonym znajdował się żołądek w obu końcach podwiązany, ze ścianą przeciętą, z błoną śluzową mocno zaczerwienioną i w kilku miejscach posiadającą smugi żółtawe. Oprócz żołądka znajdowała się w słoju tym treść jego, składająca się z płynu czerwonawego, mętnego, na powierzchni którego pływały oczka oliwy, a po spokojném ustaniu się oddzielił się osad proszkowaty, barwy żółto-szaréj. Oddziaływanie treści żołądka jest słabo kwaśne. Osad wspomniony odosobniono z części płynnéj, a gdy się okazało, że jest proszkiem roślinnym, oblano go następnie wyskokiem i schowano do późniejszego badania na alkaloidy.“

„W garnku Nr. II. oznaczonym znajdowała się kiszka cienka podwiązana i kawałek wątroby, nerki, jakoteż treści kiszki.“

„W flaszeczce Nr. III. oznaczonéj znajdował się płyn

żółty z osadem czarnym, woni kwasu azotowego i oddziaływania mocno kwaśnego.“

Z badania samego powtarzam tylko ustęp o badaniu żołądka i jego treści na kwas azotowy, ponieważ ta część badania później w dalszém dochodzeniu i przy rozprawie nadspodziewanie okazała się ważną. Ustęp ten opiewa: „Połowę treści żołądkowéj i około 50 gramów żołądka pokrajanego na drobne kawałki zmięszano aż do dokładnego zobojętnienia z rozczynem węglanu sodowego, wytrawiono na ciepło, poczém przesączono i przesącz wyparowano w łaźni wodnéj aż do suchości. Otrzymaną pozostałość suchą oblano kilka razy eterem dla oddalenia tłuszczu i wysuszoną od eteru włożono do małéj retorty, połączonej z odbieralnikiem, mającym w sobie trochę ługu potasowego. Na pozostałości w retorcie się znajdującéj nalano kwasu siarkowego zgęszczonego i urządzono przekroplenie do odbieralnika dopiero co wspomnianego i dobrze studzonego. Gdy już z retorty pary wywiązywać się przestały, przerwano przekroplenie a ciecz z odbieralnika podzielono na dwie części, które jak następuje badano. Jedne część zmięszano z brucyną w kwasie siarkowym zgęszczonym rozpuszczoną, z którą przybrała barwę czerwonawą. Drugą część zmięszano z kwasem siarkowym i wpuszczono do niéj kryształ siarkanu żelazawego. Około kryształka utworzyła się powłoka barwy słabo cisawéj, co jakoteż i poprzednie oddziaływanie wykazuje obecność kwasu azotowego w małéj ilości.“

Orzeczenie pp. chemików wydane d. 20 maja opiewało: „Płyn znajdujący się w flaszeczce III i wydzielający przy spokojném staniu osad czarny jest kwasem azotowym, któremu dodano proszek z węgla. Proszek odosobniony z treści żołądkowéj pochodzi od nieznanéj nam rośliny, a w proszku tym nie wykryto alkaloidów trujących. Przy dochodzeniu żołądka i jego treści na kwas azotowy wykryliśmy obecność tego kwasu. Jak jednak wnosić można ze słabych oddziaływań, otrzymanych przy rozbiorze, nadto ze słabo kwaśnego oddziaływania żołądka i jego treści na lakmus, ilość wykrytego w wymienionych częściach kwasu jast bardzo mała. Dlatego téż uważaliśmy poszukiwanie w żołądku i kiszce cienkiéj metali trujących za wskazane, a przeprowadziwszy rozbiór w tym kierunku wykryliśmy arsen w znaczniejszych ilościach, jak tego dowodzi zwierciadło załączone do sprawozdania, a nadto cały szereg oddziaływań stwierdzających obecność arsenu. W końcu oświadczamy, że kwas azotowy (czyli od ludu także serwaserem zwany), jakoteż arsen nie należą do prawidłowych części składowych ustroju zwierzęcego.“

Na podstawie tego wyniku badania chemicznego pp. obducenci wydali w d. 3 czerwca następujące orzeczenie:

„Rozbiór chemiczny treści żołądka jako i innych organów wykrył obecność dwóch ciał ustrojowi zwierzęcemu obcych, a mianowicie kwasu azotowego i kwasu arsenawego. Co się tyczy kwasu azotowego ilość jego w żołądku była bardzo nieznaczną, treść żołądka bowiem oddziaływała słabo kwaśno, nie było znaczniejszych nadżerków ani w połyku ani w żołądku. Czy kwas ten w większéj ilości wprowadzony a następnie przez wymioty wydalony został, o tém stanowczo twierdzić nie można. To tylko twierdzić można, że kwas azotowy jako taki śmierci nie wywołał. Co się tyczy znalezionego kwasu arsenawego, ilość jego zdaniem pp. chemików była dość znaczną, a dowodzą tego wszystkie próby chemiczne i zwierciadło do akt załączone. Ilość jego była bez wątpienia wystarczającą do otrucia człowieka dorosłego. Za tém przypuszczeniem przemawiają także i objawy chorobowe za życia spostrzegane, mianowicie pieczenie w brzuchu, nudności, wymioty nie dające się uśmierzyć, następnie śmierć w przeciągu niespełna 14 godzin. Możemy zatém słusznie twierdzić, że śmierć Anny Ł. nastąpiła skutkiem otrucia arszenikowego, a nie skutkiem połknięcia kw. azotowego. Co się tyczy proszku roślinnego, o którym pp. chemicy w orzeczeniu swém wspominają, a którego natura jest im nieznaną, to był to prawdopodobnie ów spożyty a w znacznéj części strawiony placek, do którego obwiniona truciznę na szczury domięszała i w nim ją upiekła. Czy Anna Ł. dobrowolnie placek zjadła, lub czy tenże był jéj zbrodniczą ręką podany, o tém ze stanowiska lekarskiego nic pewnego nie da się powiedzieć.“

Z powodu owego placka, którego wprawdzie nikt nie widział, który jednak w tłumaczeniu się obwinionéj wielką, niemal główną odgrywał rolę, zwłaszcza, gdy i pp. obducenci z prawdopodobieństwem za tém się oświadczyli, że proszek w żołądku znaleziony od tego placka pochodził, c. k. Prokuratorya zażądała wyjaśnienia od pp. chemików, w jakim środku arszenik Annie Ł. zadany został i jakie jest znaczenie proszku w żołądku znalezionego. Na to pytanie pp. chemicy odpowiedzieli w d. 12 lipca co następuje:

„Na pierwsze pytanie oświadczamy, że arszenik biały mógł być zadany w niniejszym przypadku tak w płynie, jakoteż w stanie stałym w chlebie, ale także mógł być zadany w wódce z kwasem azotowym czyli serwaserem. Jedno i drugie jest możliwém. Ilość znalezionego w żołądku arszeniku mogła śmierć wywołać; kwas azotowy także jest środkiem trującym. Co do proszku roślinnego, który w żołądku Anny Ł. znaleźliśmy i odosobniliśmy, nie jesteśmy w stanie orzec, czy to są pozostałości mąki jęczmiennéj i zrobionego z niéj chleba: dlatego wnosimy, aby proszek ten udzielono botanikom do rozpoznania.“

Czyniąc zadość temu wnioskowi Sąd wręczył w d. 14 lipca proszek w mowie będący dwom tutejszym botanikom, którzy d. 26 tm. przedłożyli orzeczenie swe, następującéj treści:

„Na zasadzie ściśle przeprowadzonego badania możemy śmiało objawić swe zdanie, że proszek oddany nam, pomimo wyczerpnięcia go zupełnego z pierwiastków organicznych, zawartych pierwotnie w komórkach, na drodze poszukiwań czysto anatomicznych zdołał nas należycie przekonać, jako pochodził ze zmełtego na grubo jęczmienia, lub — co mniéj prawdopodobne — z owsa, gdyż w budowie ziarna obie te rośliny są do siebie zupełnie podobne.“

Chcąc usunąć wszelkiego rodzaju wątpliwości co do znaczenia kwasu azotowego w tym przypadku, Sąd w dniu 13 sierpnia ponownie zawezwał pp. chemików i zadał im następujące pytania:

1) Czy kw. azotowy w żołądku Anny Ł. pp. znawcy wykryli w ten sposób, że stanowczo orzec mogą, iż kwas ten w żołądku znajdował się w stanie wolnym, lub téż w połączeniach, i czy podobne połączenia, to jest azotany, znajdują się w ustroju ludzkim lub w pokarmach?

Na to pytanie odpowiedzieli obaj znawcy: „Jak z rozbioru opisanego wynika, wykryliśmy ze wszelką pewnością małe ilości kw. azotowego, jednak czy ten kwas znajdował się w żołądku w stanie wolnym lub téż w połączeniu z innemi ciałami, z rozbioru chemicznego, jak był przeprowadzony i opisany, wywnioskować nie można, gdyż sposobem tym kwas azotowy wykryty może pochodzić tak od kwasu

azotowego wolnego, w żołądku znajdującego się, jakotéż i od azotanów; w obu bowiem przypadkach wykrytoby kwas azotowy w stanie wolnym. Badanie na kw. azotowy przedsięwzięliśmy tylko z tego powodu, że w żołądku spostrzegaliśmy właściwe smugi żółte, które mogłyby pochodzić od kw. azotowego wolnego.“

2) Lekarze sądowi w protokóle sekcyjnym nie wykazali wspomnionych w sprawozdaniu pp. chemików smug żółtych; zechcą więc pp. chemicy wyjaśnić, z czego podobne smugi w żołądku pochodzą?

Na to pytanie odpowiedział jeden z znawców co następuje: „Lekarze sądowi nie wspominają w protokóle sekcyjnym o przewodzie pokarmowym, ani o smugach żółtych w żołądku. Jeżeli to nie jest przeoczeniem ze strony pp. lekarzy a żołądek rzeczywiście podczas sekcyi nie przedstawiał smug żółtych, jakie chemicy spostrzegali najwyraźniéj przy rozbiorze swoim, wtedy smugi te nie mogą pochodzić od kw. azotowego wolnego, lecz pochodzą raczéj od siarczku arsenu, który przy rozkładzie żołądka mógł powstać z arszeniku w żołądku wykrytego, a wtedy kw. azotowy przez rozbiór wykazany odnieść należy do azotanów, a nie do kw. azotowego wolnego.“

Inaczéj oświadczył się drugi znawca: „Jakkolwiek znane są w chemii sądowéj przeobrażenia arszeniku białego w ciałach zwierzęcych gnijących na żółty siarczek arsenu, to jednak w obecnym przypadku nie przypuściłbym takiego przeobrażenia, a to z powodu krótkości czasu, a tém samém niemógłbym uzasadnić powstania smug żółtych z tego połączenia; na odwrót znane są także w chemii sądowéj przypadki, w których żółty siarczek arsenu zamienia się na bezbarwny kw. arsenawy i kw. siarkowodowy. (S c h n e i d e r, *gerichtl. Chemie* str. 196). Zmianę tę spostrzeżono przy obecności tłuszczów, a w obecnym przypadku obecność tłuszczu stwierdziliśmy przy rozbiorze, dlatego twierdzę, że smugi znalezione w żołądku prawdopodobnie pochodzić mogą od kw. azotowego wolnego.“

3) W jakiém rozcieńczeniu zadany być musi kw. azotowy, aby sprawił w żołądku podobne smugi, a jeżeli takowe sprawił w żołądku, czy musiał podobne smugi sprawić także w ustach i przełyku?

Na to pytanie odpowiedzieli obaj znawcy: „Kw. azotowy mniéj więcéj zgęszczony musiałby od jamy ustnéj aż do żołądka i w żołądku sprawić zniszczenie i zabarwienie żołądka, mocno rozcieńczony atoli wywiera działanie tylko w żołądku słabsze lub mocniejsze, albo téż tylko katar wywołuje.“

4) Czy kw. azotowy w takiém rozcieńczeniu, w jakiém go pp. chemicy wykryli, zdolny jest sprawić podobne smugi i czy ilość tego kwasu odpowiada pod względem rozcieńczenia kwasowi azotowemu w flaszeczce III znalezionemu, i czy kwas w flaszeczce zawarty zdolny był sprawić te smugi?

Odpowiedź: „Wykryliśmy tylko ś l a d y kw. azotowego, które wtedy tylko dowodzić mogą obecności rzeczonego kwasu w żołądku, jeżeli pp. lekarze sądowi stwierdzą, że smugi żółte znaleźli i przy sekcyi. Kwas zaś znaleziony we flaszeczce zdolny jest sprawić smugi żółte nie tylko w żołądku, ale i w całym przewodzie pokarmowym.“

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Ultzmann: Nerwice narządu moczo-płciowego u mężczyzn.

Przyczyny namienionych zmian chorobowych są już to 1sze miejscowe (najczęstsze) jak wiewiór, przewłoczny nieżyt przesmyku cewki moczowéj, stercza *(prostata)* itd. już téż 2gie wynikłe z zaburzeń w odżywianiu. Ostatnie, obok chorób mózgu i rdzenia pacierzowego, mają swe źródło w niedokrewności, słabéj więzi, natężeniu umysłowém itp.

Ponieważ splot podpępkowy nerwu współczulnego, wzmocniony przez splot łonowy i zwoje krzyżowe, zaopatruje u mężczyzn, jako splot pęcherzowy męcherz, pęcherzyki nasienne i sterez, (który ma nader czułe ciałka Paciniego w swéj istocie korowéj i zwoje nerwowe) u białogłów zaś, jako splot maciczny, macicę a za pośrednictwem splotu łonowego nerwów krzyżowych w ścisłym zostaje związku z nerwami lędźwiowemi: łatwo pojąć, że w skutek przewłocznego stanu zapalnego macicy albo stercza i pęcherzyków nasiennych ciągłe drażnienie końców nerwowych w przerzeczonych narządach wywołuje sposobem zwrotnym rozmaite nerwice w narządzie moczo-płciowym. W podobny sposób powstają w mowie będące zmiany chorobowe z powodu czerwiwości, wyprysku, wrzodów nieżytowych rzyci itd.

Z odnośnych nabytków anatomii pat. wiadomo nam tylko tyle, że w nerwicach namienionych zdarza się przewłoczne nieżytowe, niekiedy nawet ropne, zapalenie sterczowéj części cewki mocz., sięgające i do przewodów pęcherzyków nasiennych, to znowu rozszerzenie przewodów pęcherzyków nasiennych lub zwężenie ich, zapalenie szyjki męcherza, częściowy lub całkowity przerost stercza, albo wcale nawet zanik ostatniego.

Następnie uwzględnia autor zmiany w moczu osób, cierpiących nerwice wspomniane; albowiem zmiany te nieraz bardzo ułatwiają rozpoznanie, które w niektórych przypadkach byłoby nawet niemożliwém. Zalicza do nich moczówkę *(polyuria)*, która często towarzyszy nerwicom narządu m. pł., mocz skąpy *(oliguria)*, bezmocz *(anuria)*, cukromocz *(glycosuria)*, pojawiający się często, gdy nerwice wystąpią w skutek chorób mózgowych lub rdzenia pacierzowego. Bardzo często bywa mocz obojętny, albo słabo alkaliczny, pomimo, że chorzy przed oddaniem go nie używali wcale środków, mocz alkalizujących. Zawiera on wiele fosforanów ziemnych. Także indykan znajduje się w większéj ilości w moczu, zwłaszcza u samozmaśników *(onanista)* tak, że nawet nasienie ich w stanie zasuszonym na bieliźnie przedstawia się fijołkowo zabarwione. Białko jawi się stosunkowo rzadko i w małéj ilości przemijająco. Wreszcie w osadzie moczowym znajdujemy bardzo często szczawian wapniowy, fosforan wapniowy i magnowy, oraz plemniki w moczu mężczyzn, a często także indykan.

Cierpienia nerwowe narządu moczowego i płciowego dzieli autor na trzy grupy a mianowicie:

A) N e r w i c e c z u c i o w e n a r z ą d u m o c z o w e g o usadawiają się: 1) w cewce moczowéj i w męcherzu, objawiając się uczuciem palenia w cewce mocz. ciągłém, albo występującém podczas lub po oddaniu moczu; albo uczuciem zranienia c. m. *(hyperaesthesia)*, albo uczuciem, jakby od odbytnicy ku żołędzi drut rozżarzony przewleczono *(neuralgia)*; 2) w skórze prącia i wzgórka łonowego jako przeczulica

skórna, wywołująca nieraz objawy wzmożonéj pobudliwości zwrotnéj, podobne jak u macinniczek.

Chorzy podają za przyczynę w mowie będącego cierpienia przewlekłe zapalenie śluzowo-ropne c. m. z następowém zapaleniem przyjądrza lub nieżytem męcherza, przyczém stercz jest prawidłowym; badanie jednak zgłębnikiem wykazuje nadczułość części przyprątnéj cewki moczowéj. W przypadkach nowotworu stercza znajdował autor względnie największą przeczulicę żołędzi. Mocz bywa prawidłowy, albo obok wyżéj namienionych zmian, znajdujemy w nim strzępki wiewiórowe. Autor upatruje przyczyny namienionego cierpienia w nieżytowém zapaleniu stercza, za czém przemawia przeczulica, nitki wiewiórowe i brak jakiejkolwiek wydzieliny z cewki moczowéj. Stosuje tedy obok kąpieli pełnych lub nasiadowych ciepłych, leczenie miejscowe za pomocą cewnika metalowego (Nr. 16 Charrièra), długiego 16 cm., którego koniec dzióba jest sitkowatym. Założywszy cewnik tak, aby jego koniec sięgał do części błoniastéj cewki m., wstrzykuje za pomocą strzykawki, zastósowanéj do owego cewnika, około 100·00 wody fenilowéj 0·25—0·50%, co czyni przynajmniéj co drugi dzień jeśli nie codzień, a po kilku takich wstrzykiwaniach używa daléj w ten sam sposób 0·5—3·0—4·0% roczczynu siarkanu cynkowego. Leczenie takie rychło pomyślny sprawia skutek.

a) Nerwice czuciowe narządu płciowego objawiają się już to nadczułością w jądrze i sznurku nasiennym, już też uczuciem ciągnienia i kłócia w jądrze (*neuralgia testis*). Niekiedy pojawia się ból w obu pachwinach, albo po wytryśnieniu nasienia w cewce moczowéj, która podczas badania jéj zgłębnikiem jest nader bolesną a zwłaszcza w części przyprątnéj. Innym razem bywa czułość cewki m., skóry prącia i worka mosznowego zmniejszoną, mianowicie w tak zwanym niewzwodzie nerwowym (*impotentia nervosa*), objawiającym się niezdolnością prącia do dłuższy czas trwającego wzwodu. Bywa to następstwem samogwałtu, częstych pomazań nocnych itp. Niewzwód taki bywa niekiedy względnym (jeśli np. mąż nie może spółkować z żoną, ale z każdą inną kobietą) albo trwałym.

Przyczyn tego cierpienia szukać należy w samogwałcie i innych t. p. nadużyciach płciowych; zdarza się ono jednak także u osobników, których układ nerwowy jest w znacznym stopniu napięcia, czy to w skutek pracy umysłowéj, czy też cielesnéj, albo wstrząśnienia, jak np. w skutek przestrachu, bólu itp. Ten rodzaj niemożności spółkowania wyjaśnia autor na podstawie mechanizmu wzwodu prącia, który to mechanizm pozostaje pod kontrolą układu nerwowego, a przypuściwszy na podstawie badań Goltza, że w mózgu i części szyjnéj i piersiowéj rdzenia pacierzowego znajdują się nerwy, powstrzymujące wzwód prącia, twierdzi, że działanie tych nerwów wzmaga się w skutek wyżéj przytoczonych przyczyn, przez co równocześnie narząd nerwowo-mięśniowy, sprawiający wzwód prącia, względnie mniéj działa a nawet osłabia się.

Rokowanie w cierpieniu tego rodzaju zwykle bywa pomyślném, a lecząc chorego trzeba się przedewszystkiém starać o pozyskanie jego zaufania. Szczegółowo zaś stosuje się w takim razie leczenie zimną wodą, kalium bromatum 3·0 dziennie; atoli najpomyślniejsze skutki sprawia leczenie miejscowe czy to elektryczne lub mechaniczne, czy też za pomocą narzędzi. Nieraz wystarcza samo założenie cewnika, aby przekonać chorego o dłuższy czas trwającym wzwodzie jego prącia. Lecząc elektrycznością zakładamy jeden biegun do odbytnicy a drugi przykładamy już to do opuszki cewki m. już to do wstępującéj części kości łonowéj, jeśli nie ma pomazań nocnych, w któryто razie używamy stoczków lekarskich (*bougies*) albo cewnika, co zwłaszcza wtenczas najlepiéj skutkuje, kiedy przyczynę danego cierpienia stanowią nadużycia płciowe, albo samogwałt z następowém zapaleniem przewlekłém wzgórka nasiennego. Z korzyścią używamy w ostatnim razie „psychrophoru“ Winternitza. Wreszcie pobyt w górach i leki wzmacniające zalecamy dla leczenia.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

O przewlekłém zapaleniu cewki moczowéj u mężczyzn.
Trzy wykłady kliniczne prof. Auspitza. Sprawozdanie Dra L. Glücka.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35.)

Wreszcie przystępuje A. do objaśnienia stosunku między rzeżączką przewlekłą a bliznowatém zwężeniem cewki m. i zadaje sobie pytanie, jakie można wykazać stany przejściowe między rzeżączką a wytworzoném zwężeniem?

Przewlekłe zapalenie cewki, a raczéj jéj błony śluzowéj, może przejść w przerost tejże, kanał sam jest drożny dla grubszych nawet narzędzi, tylko zgłębnik guziczkowy natrafia w jedném lub kilku miejscach, przy wysuwaniu z cewki, na mniejszy lub większy opór. Badanie wziernikowe wykazuje całkiem zwyczajne zgrubienie błony śluzowéj w postaci wału gębczastego, przekrwionego, ziarnisto obrzmiałego, pokrytego niekiedy małym przeczosem. W następstwie wał ten się kurczy i tworzy bliznowaty i zwężający powrózek tkaninowy. Obraz wziernikowy w tym okresie przedstawia tuż koło punktu środkowego pola widzenia szarawe odbarwienie o powierzchni gładkiéj, w obwodzie zaś błona śluzowa obrzmiała, nierówna i małemi przeczosami pokryta. Dwie historyje choroby i obrazy wziernikowe dołączone do oryginału objaśniają to zapatrywanie.

Autor sądzi, że miękkie bujanie błony śluzowéj wyprzedzało każde zwężenie bliznowate cewki moczowéj, że jednak między wytworzeniem zwężenia a „ziarnistém obrzmieniem“ nie zachodzi żaden związek.

Odczyt trzeci streszcza zapatrywania autora na leczenie rzeżączki tak ostréj jako też i przewlocznéj. Nie mamy w całym dość znacznym zasobie ani jednego swoistego leku, po którym moglibyśmy się spodziewać, że z pewnością usunie rzeżączkę ostrą, lub przerwie jéj przebieg.

Od wstrzykiwań roczczynów wyżerających, które niektórzy w celu przerwania przebiegu rzeżączki jeszcze używają, trzeba odradzać, dlatego że działanie środka nie ogranicza się tylko do części chorobowo zmienionéj, ale dotyka i zdrowéj części, co niekiedy może być niebezpieczném. W miejsce wstrzykiwań możnaby użyć jedno- lub dwuprocentowego roczczynu azotanu srebrowego wprowadzonego za pomocą pędzelka do przedniéj części cewki aż po za rowek czółenkowaty, przyczém nie potrzebujemy się obawiać żadnych objawów przykrych, a może się udać niekiedy przerwać przebieg rzeżączki w pierwszych dniach trwania.

Wstrzykiwania zwykle używane i przez chorych samych robione nie przechodzą zazwyczaj po za spojenie łonowe, jeśli zatém stwierdzimy, że siedzibą cierpienia jest część cewki po za opuszką, natenczas powinien je robić sam lekarz po poprzedniém wprowadzeniu cewnika.

Wszystkie słabsze wstrzykiwania działają tylko jako środki oczyszczające i orzeźwiające części obwodowe nerwów czulnych, można je zatém już od samego początku

rzeżączki stósować, bez obawy wywołania jakichkolwiek szkodliwych następstw.

Zawiesiny ciał nierozpuszczalnych, osiadając w kształcie delikatnego proszku na błonie śluzowéj cewki, pozostają tamże przez niejaki czas i mogą się przyczynić do przyspieszenia leczenia.

Zżeradła w postaci ciasta, maści lub świeczek dają wyniki dobre, możemy je bowiem stósować kilkakroć na jednę i tę samą część błony śluzowéj. A. używa tak zwanego ciasta tanino-glicerynowego (Schuster) z dobrym skutkiem. Kopaiwa i kubeby są teraz mniéj w użyciu i nie wiele się po nich spodziewać należy.

Rzeżączka zwykła nie powinna trwać dłużéj nad ośm tygodni, szczególnie u człowieka zdrowego, gdyby jednak wypływ lub inny jaki objaw dłużéj się utrzymywał natenczas jest wskazaném badanie wziernikowe.

Według napotkanych zmian jest teraz leczenie rozmaite. Jeżeli mamy przed sobą tylko przekrwienie i rozpulchnienie błony śluzowéj ze zwiększoną wydzieliną tylko do części jamistéj ograniczoną, czyli pierwszy okres rzeżączki przewlekłéj, natenczas leczenie może być to samo, jakiego aż do tego okresu używano.

Gdy badanie wziernikowe wykaże „obrzmienie ziarniste", jakie najczęściéj w części opuszkowéj i błoniastéj znachodzimy, a tylne części cewki zdrowe, natenczas poleca się zachowanie dyjety, unikanie trunków gorących, mierny ruch, uregulowanie stolca, picie jakiejś wody zawierającéj mierną ilość kwasu węglowego. Prócz tego wstrzykiwanie trzy razy dziennie lekkiego roztworu ałunu lub niedokwasu metalu, a wreszcie co drugi dzień przyżeganie części schorzałéj roztworem azotanu srebrowego 3:100—30:100 przez wziernik za pomocą tamponu.

Po krótszym lub dłuższym czasie osiąga się zupełne wyleczenie, choć niekiedy opóźniają leczenie ropnie małe, które się wytwarzają około gruczołków Morgagniego. Nakłucie z następowém lekkiém przyżeganiem takiego małego ropnia prowadzi do zupełnego wyleczenia.

Gdy cierpienie przechodzi w tym okresie po za opuszkę, bez objawów ze strony gruczołu przyprątnego lub pęcherzyków nasiennych, natenczas trzeba także stósować przyżeganie, ale nieco oględniéj. Jeżeli chory nie znosi wziernika, można przejść do stósowania czopków cewkowych wprowadzanych za pomocą Porte-remède, lub wstrzykiwań słabych przez cewnik.

Jeśli chory znosi wziernik, ale błona śluzowa łatwo krwawi, natenczas się go rzadko tylko wprowadza, natomiast używa się psychroforu Winternitza raz dziennie, a drugi raz wstrzykiwania słabego roztworu ałunu za pomocą cewnika, jako leczenia przygotowawczego. Dopiero gdy krwawienie ustępuje, przystępuje się do przyżegania przez wziernik dwa razy tygodniowo, a wśród tego zaleca się lekki jaki roztwór do wstrzykiwań.

Objawy ucisku ze strony gruczołu przyprątnego lub pęcherzyków nasiennych wymagają zastósowania zgłębnika metalowego *(Steinsonde)*, który się codziennie na kilka minut do cewki wprowadza, A. używa do tego wziernika dwulistnego własnego pomysłu. Obok tego jednak są jeszcze i wstrzykiwania potrzebne.

Rzeżączka przewlekła „z przerostem i miękkiém zwężeniem" wymaga przedewszystkiém usunięcia zwężenia. Auspitz uskutecznia to za pomocą swego wziernika, który wprowadza aż do zwężenia, roztwiera i kilka minut zostawia. Po kilkorazowém stósowaniu tego środka stan się o tyle polepsza, że można przystąpić do przyżegań i błonę śluzową przyprowadzić do stanu prawidłowego. *(Vierteljahresschrift für Dermatologie u. Syphilis, VI Jahrg.* 1879. I Heft str. 1—72).

IV. Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**,
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

W maju wyjechałem z chorym na umyśle do Wiednia w celu naradzenia się z proff. Meynertem i Leidesdorfem, gdzie go najlepiéj umieścić. Z narady téj wynikło, że odwiozłem go do Francyi i umieściłem w pensyjonacie kolonii rolniczéj Fitz James, należącéj do wielkiego zakładu braci Labittów w Clermont. Po skończonéj misyi mojéj, wstąpiłem do Paryża, zkąd powracałem do domu dyszlem rzemiennym, bo na Lugdun, Marsylię, przez stacyje klimatyczne brzegów morza śródziemnego, na Genuę, Medyjolan, Wenecyję itd.

Trzymając się zasady: *„je suis médecin et rien de médicale ne doit m'échapper"* starałem się zaspokoić moją ciekawość lekarską, gdzie było można. Wrażenia, jakich doznałem w téj wycieczce, połączone z refleksyjami różnemi, stanowią treść niniejszych listów moich.

List Iszy.

Rozpocznę najprzód od mojego pacyjenta, którego zawiozłem do Francyi.

N. N. ma lat 35, budowy miernéj, niedostatecznie odżywiony, mięśnie jędrne. Czaszka płaska, twarz duża, długa. Małżowiny uszne wielkie, osadzone wysoko po nad twarzą; źrenice rozwarte szeroko nawet w świetle. Fizyjonomija ponura, oczy spuszczone, wystąpienie chłopięce, nieśmiałe. Strój w wysokim stopniu zaniedbany, nie mówiąc już o tajemnicach bielizny i skóry własnéj. Mówi dobrze po polsku, po francusku i po niemiecku. Gdy jest w humorze złym, mówi do zwykłych śmiertelników po niemiecku, do towarzystwa po francusku, w swojém towarzystwie i w humorze będąc dobrym przemawia w języku ojczystym. Osoby, które go znają, dziwią się, jak mówi nieraz dobrze o rzeczach różnych, gdy go słuchają z podziwieniem nawet się zapala, osobliwie gdy mówi o sobie samym. Nigdy nie zauważono, ażeby bredził w mowie lub żeby nosił się z jakąś stałą myślą niedorzeczną. Natomiast dziwne objawiał skłonności od dziecięctwa, dziwny téż stawiał opór wszystkim usiłowaniom, które dążyły do wychowania go na człowieka, nie różniącego się od innych osób, należących do kategoryi społecznéj, do któréj jego ród po mieczu i po kądzieli od wieków w tym kraju należał. Już dzieckiem będąc ukradkiem porywał różne rzeczy i chował bezmyślnie takowe; rozmijał się z prawdą nie przypadkowo lub z bojaźni, lecz ze skłonności. Wychowaniu i nauce stawiał opór, chociaż gdy miał chwile pogodniejsze, uczył się łatwo i pamiętał dobrze; nie ukończył jednak szkół i nie aplikował się do żadnego przedmiotu nauki. Przy zbliżaniu się okresu rozkwitu wystąpił czynnie w świat szerszy po swojemu, bo w mundurach wojskowych zakupionych na tandecie, stronił od towarzystwa, nawet od rodziców własnych, wymykał się ukradkiem z domu lub krył za parawanem swojego pokoju po dniach całych. Onanizmowi oddawał się, jednak nie wiadomo jak długo; lubieżne téż miewał

pociągi, które stósował nieraz do jednéj lub drugiéj bez ogródki, ale téż podobno i bez skutku czynnego.

Z powodu noszenia mundurów dziwnych i jeszcze dziwniejszych ucieszek bywał w kolizyi z policyją, która raz z powodu rewizyi jego osoby odkryła u niego hydrokelę po stronie lewéj, którą Langenbeck w Berlinie operował szczęśliwie, ale téż przy téj sposobności zauważał, że N. N. jest umysłowo chory i radził udać się do psychijatrów. Radzono się wielu, pomiędzy nimi Griesingera, Delasiauva. Za radą ostatniego oddano N. N. do zakładu *„des enfants arrierés“* w Gentilly koło Paryża, gdzie przebywał przez trzy lata bez żadnego skutku. Zawsze ta sama skłonność do porywania różnych rzeczy cudzych, bez wartości i nawet obrzydliwych; zawsze ta sama skłonność do rozmijania się z prawdą, ten brak świadomości motywów umysłowych w tych postępkach; zawsze ta sama natura skryta, płochliwa, pokątna, brudna, niedbała i ponura. Oddano go do wojska dwa razy, lecz za każdym razem wydalono go jako chorego na umyśle. Nareszcie pozostał w domu i oddawał się swoim pociągom prawie swobodnie; opinija powszechna w całéj okolicy znała go jako dziwnego „kleptomana,“ który w codziennéın życiu swojém przedstawia dziwny obraz obłąkania, chociaż zdaje się być dopóty przy rozumie, dopóki rozmawia z kim o rzeczach obojętnych.

Ojciec umarł był jeszcze w r. 1863 w skutku zniedołężnienia umysłowego po udarze mózgowym. Gdy N. N. osiągnął rok 24ty życia, rodzina i matka ustanowili nad nim kuratelę, którą późniéj zniesiono za wolą matki. Za życia matki N. N. nie wchodził z nikim w kolizyje prawne, bo sam nie prowadził interesów i gospodarstwa. Chodził on swojemi drogami a raczéj manowcami, gromadził romantyczne fakta swojéj natury, dawał przedmiot ludziom do pogadanek, matce do zmartwienia. Po śmierci matki, która umarła w grudniu 1878, N. N. popadł w kolizyje prawne, coraz powikłańsze, niedotrzymywał umowy, ugód kupna i sprzedaży; popadł w opiekę rodzaju osobliwszego, bo jakiegoś oświeciciela ludu, który względem N. N. był zarazem Kalchasem i Menelausem. Rodzina wtedy zażądała od Sądu ustanowienia kurateli nad osobą i majątkiem N. N., z powodu jego obłąkania powszechnie w okolicy znanego. Lekarze, których było trzech, zbadali go i orzekli w pisemném wypracowaniu bardzo szczegółowém i obszerném, że N. N. cierpi obłąkanie tak nazwane moralne, połączone pozornie tylko z pełną inteligiencyją, gdyż takowa nosi na sobie znamiona raczej obłąkania rozumującego, niż rozsądku zdrowego, który ani z takiemi uczynkami, ani z takiém zachowaniem się, jakie N. N. od dziecięctwa objawia, nie chodzi w parze. Daléj orzekli, że choroba jest albo wrodzoną, albo odziedziczoną, gdyż co prawda, rodzice N. N. byli oboje ekscentryczni, matka w znaczeniu chwalebném i dobrém, ojciec w znaczeniu *„de mortuis nil nisi bene.“* W rodzinie matki bywali członkowie bardzo ekscentryczni, w rodzinie ojca były przypadki neuro- i psychopatyczne. N. N. miał chorować w dwóch pierwszych latach życia śród objawów puchliny ogólnéj, jakichś zapaleń gardła czy szyi, miał podobno nawet cierpieć konwulsyje, wypadłszy z rąk mamki itd.

Niepodlega wątpliwości, o czém sama formacyja czaszki i twarzy, rozszerzenie źrenic fizycznie świadczą, że N. N., z płodowego lub niemowlęcego okresu wyniósł warunki organiczne nieuleczalne, które przeszkodziły i powstrzymały jego rozwój umysłowo-moralny i uczyniły z niego biedne stworzenie na wpół ludzkie. Jak kruk znosi on całe życie przeróżne rupiecie, zakłada muzea wszędzie, gdzie przebywa, gdzie ma własny pokój do dyspozycyi; gdzie zaś tego niema, jak np. w ostatniéj podróży, kieszenie i zanadrze służą mu za schowek kości, ogryzków chleba, szmatek, patyków, kawałków mięsa, świec itp. Porywa czasem i śmieszne rzeczy, jak np. szczotkę do zamiatania, widła, kożuchy, ale także i srebrne łyżki od stołu, przy którym był uczestnikiem itp. Jak olbrzymie nagromadził skarby tego śmiecia i obrzydliwości w pokoju swoim i w domu rodzicielskim, trudno opisać. Łóżko jego to istny barłog niemożliwy do użycia, jego garderoba codzienna jak u kuchcika. Przy stole z matką nie jadał, tylko w swym gabinecie. Niepodobna mi tu opisać całego szeregu szczegółów dokładnie zebranych w aktach badania lekarskiego. Dosyć na tém, że mimo opinii powszechnéj, wbrew orzeczeniu lekarskiemu, sędziowie trybunału nie uznali potrzeby kurateli i pominęli orzeczenie lekarskie szukając w niém jak plam na słońcu. Prezydent trybunału jednak zawiesił uchwałę, a akta oddał do wyższych instancyj. Trybunał najwyższy zgodnie z wnioskami trybunału apelacyjnego, zganił postępek sędziów, podniósł znaczenie i dokładność orzeczenia lekarskiego; Sąd zaś delegowany do rozstrzygnięcia sprawy uchwalił kuratelę nad osobą i majątkiem N. N.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Zbiór pism hippokratowy w świetle nowożytnéj krytyki.

Wyłożył na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. dnia 4 czerwca 1879

Prof. Dr. Józef Oettinger.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Z powyższego obrazu okazuje się, że kierunek szkoły knidyjskiéj zbliżony jest do dzisiejszego, zwłaszcza pod względem badania i leczenia miejscowego, a zarazem śmiałego; tylko że w owym czasie bez dostatecznych środków pomocniczych i technicznych, jakiemi dziś nauka rozporządza, pozbawiony on był pewności i bezpieczeństwa, a narażony na smutne i zgubne zawody. Nie uszedł też szyderczych pocisków spółczesnych komików. Galen (T. V. str. 322, wyd. Bazyl.) wspomina o Platonie komiku, że tenże wprowadzając na scenę Kinezjasza syna Euagorasa, który co dopiero przebył zapalenie opłucny, wyobraża go ze zropiałą piersią, z odnogami jak trzciny, suchót zwiastuna z mnóstwem strupów wypalonych mu przez Euryfonta.

Owóż zabytki piśmiennicze tego starożytnego lekarza i jego szkoły weszły do zbioru hippokratowego zasłonione i i od zguby ochronione powagą imienia przeciwnika, mistrza z Kos, który ten kierunek i jego zasady zwalczał i potępiał. Tłumaczą się w ten sposób łatwo owe sprzeczności napotykane w różnych pismach noszących to samo imię autorskie, a istotnie pochodzących z obozu przeciwnego, które tylu badaczów zniechęcały i o mało, że do istnéj rozpaczy nie doprowadzały.

Gdy szkoła knidyjska była starsza od koackiéj, więc też jéj utwory składać winny w klasie trzeciéj dział osobny; acz za tém nie idzie koniecznie, aby mimo, iż niektóre są niewątpliwie pióra Euryfonta, który wyprzedził Hippokrata, wszystkie były wiekiem wcześniejsze, bo mogą mię-

dzy niemi znajdować się i spółczesne lub nawet nieco późniejsze, jako pochodzące od uczniów i potomków wzmiankowanego szkoły przewodnika.

Zaliczamy do tego rzędu pisma następujące:

1) O cierpieniach (περὶ παθῶν, *de affectionibus)*, jest to rodzaj wykładu popularnego o chorobach i ich leczeniu.

2) O cierpieniach wewnętrznych (περὶ τῶν ἐντὸς παθῶν, *de internis affectionibus)*, naukowy wykład z zakresu patologii i terapii szczególnéj.

Podobnéj treści z dołączeniem pewnego rodzaju patologii i terapii ogólnéj są dzieła:

3) O chorobach księga Isza, IIga i IIIcia (περὶ νούσων α' β', γ', *de Morbis I. II. III.)*

4) O siedminach (περὶ ἑβδομάδων, *de septimanis)*, jest to rzecz o gorączkach.

5) O wzroku (περὶ ὄψιος, *de visu)*.

Już była uczyniona wzmianka, że cztery księgi pod napisem o chorobach, nie są bynajmniéj następującemi po sobie częściami jednego dzieła, lecz każda, jeżeli sama nie zawsze tworzy odrębnéj całości, to w każdym razie do zupełnie innéj należy. Zresztą niektóre z nich w różnych czasach nie miały ani téj saméj nazwy, ani téj saméj liczby. Księga 4ta do zupełnie innéj klasy zaliczoną być winna i o niéj poniżéj oddzielnie będzie mowa.

Stosunek zaś wzajemny wyliczonych wyżéj pięciu zabytków knidyjskich doznał w miarę postępu pracy Littrego nad niemi i skutkiem jego przenikliwych odkryć nadspodziewanego, że nie powiem, zdumiewającego wyjaśnienia.

Księga o siedminach tak nazwana, że jéj początek zastanawia się nad wielkiém znaczeniem, jakie ma liczba 7 tak w całéj przyrodzie, jak w życiu, tudzież w rozwoju ludzkiego ustroju, była miana za zaginioną. Odnalazł ją Littré w bardzo starym rękopisie rządowéj biblijoteki paryskiéj z wieku X, mającym tytuł: *De physica* i L. 7027, a w którym pomiędzy 6ma pismami należącemi do Zbioru hippok. 4te z rzędu jest przekład na barbarzyńską łacinę tego właśnie zatraconego utworu, na początku którego znajdują się wyrazy: *Incipit Ypocratis de septemmadis*, zaś na końcu: *Explicit Ypocratis de septimadis.* Daremberg odkrył późniéj w biblijotece ambrozyjańskiéj w Medyjolanie w rękopisie z początku X wieku okaz nieco lepszy tegoż przekładu. Pomimo że odszukany zabytek nie jest pierwotworem, lecz tłumaczeniem skreśloném łaciną tak zaniedbaną i oszpeconą, iż w niéj nawet najprostsze formy gramatyczne nie są przestrzegane, a końcówki rzeczowników i słów puszczane są na los szczęścia, na chybi trafi, mimo to, mówię, odkrycie było nieocenionéj wartości i przyczyniło się do rzucenia światła na stosunki dotąd w ciemnościach ukryte.

Niebawem wyszła téż na jaw jedna i druga część greckiego oryginału, gdyż okazało się, że księga 8ma Aforyzmów jest wyjątkiem jednym, a drugi znowu znajduje się w piśmie zbioru pod tytułem o dniach przesilnych (περὶ κρισίμων). Przybył nareszcie ustęp początkowy bez kilku wierszy wstępnych i kilku wyrazów zniszczonych, odnaleziony przez Littrego na ostatniéj karcie rękopisu biblioteki rządowéj paryskiéj mającego L. 2142.

Stopniowo wychylały się z pomroki inne jeszcze wyjaśnienia.

Galen wylicza wcale inaczéj pisma pod tytułem o chorobach, a mianowicie wspomina o 5ciu: 1) księga 1sza o chorobach większa (τὸ πρῶτον περὶ νούσων τὸ μεῖζον).

2) Księga 2ga o chorobach większa (τὸ δεύτερον περὶ νούσων τὸ μεῖζον).

3) Ks. 1sza o chorobach mniejsza (τὸ πρῶτον περὶ νούσων τὸ μικρότερον).

4) Ks. 2ga o chorobach mniejsza (τὸ δεύτερον περὶ νούσων τὸ μικρότερον).

5) O chorobach zgoła lub ks. 1sza (περὶ νούσων vel τὸ πρῶτον περὶ νούσων).

Owóż księga 1sza większa według Galena odpowiada księdze drugiéj w wydaniach nowszych; księgą drugą większą jest pismo, które nas doszło pod tytułem: o cierpieniach wewnętrznych.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Rozporządzenie c. k. Ministerstwa wspólnego z d. 22 lipca 1879, do L. $\frac{3519}{B.\ K.}$ w sprawie wykonywania praktyki lekarskiéj, chirurgicznéj, dentystycznéj, weterynarskiéj i położniczéj w Bośnii i Hercogowinie.

§. 1. Lekarze, chirurdzy, dentyści, weterynarze i akuszerki, poddani Bośnii i Hercogowiny lub monarchii austro-węgierskiéj, promowani, dyplomowani lub aprobowani wedle przepisu na jednym z austro-węgierskich uniwersytetów lub zakładów, prawo dyplomowania posiadających, mają dozwolone sobie wykonywanie praktyki w Bośnii i Hercogowinie. W tym celu obowiązani są przedłożyć władzy obwodowéj, w obszarze urzędowym któréj osiedlić się zamierzają, oświadczenie razem z dokumentami świadczącemi o kwalifikacyi i dokładnym rodowodem, podać miejsce obrane i wyłuszczyć rodzaj praktyki wykonywać się mającéj. Władza obwodowa zbadawszy przedłożone dokumenta i uznawszy zgłaszającego się jako uzdolnionego do wykonywania praktyki poświadcza przyjęcie zgłoszenia się jego. Przyjęcie zgłoszenia daje prawo do wykonywania praktyki w całym obszarze kraju. Władza obwodowa nazwiska osób sanitarnych, do praktyki przypuszczonych, udziela aptekarzom w obwodzie oraz rządowi krajowemu, który utrzymuje spis wszystkich osób sanitarnych kraju. W razie nie przyjęcia zgłoszenia się dozwolony jest rekurs do rządu krajowego, który rozstrzyga w ostatniéj instancyi. Poddani krajowi, którzy wykształcenie swoje otrzymali w zakładach nie austro-węgierskich, potrzebują szczególnego pozwolenia od rządu krajowego do wykonywania praktyki. Lekarze, chirurdzy, weterynarze i akuszerki mieszkający w powiatach pogranicznych za granicą mają dozwolone wykonywanie praktyki w okolicach pogranicznych kraju pod warunkiem, że zastosują się do przepisów w kraju obowiązujących. C. k. lekarzom wojskowym wolno praktykować w kraju i bez poprzedniego zgłoszenia się.

§. 2. Władzy obwodowéj służy prawo dozoru nad osobami sanitarnemi w obwodzie mieszkającemi.

§. 3. Lekarze, chirurdzy, dentyści, weterynarze i akuszerki obowiązani są wykonywać sztukę swoją pilnie, uczciwie z zachowaniem tajemnicy, a mają oni prawo żądać odpowiedniego wynagrodzenia.

§. 4. Lekarz winien zwrócić uwagę swoją na ogólny stan zdrowia ludzi i zwierząt w miejscu i powiecie, w którym osiadł, i donosić władzy obwodowéj o ulepszeniach, o usterkach i nadużyciach usunąć się mających, jakotéż o możebnym braku osób sanitarnych lub pojawianiu się lekarzy nieuprawnionych lub partaczy.

§. 5. Wszyscy lekarze, chirurdzy, dentyści, weterynarze i akuszerki pod karą aż do 25 złr. obowiązani są uczynić zadosyć organom sanitarnym państwowym i władzom na ich żądanie, w razie gdyby przedsiębranie z urzędu środków zaradczych sanitarnych okazało się potrzebném.

§. 6. Szczególną powinni zwrócić uwagę lekarze na choroby endemiczne i pospólne w miejscu zamieszkania i okolicy panujące. O pojawieniu się choroby nagminnéj lub pospólnéj lub choroby stadnéj obowiązani są donosić władzy powiatowéj pod karą 10—100 zła. W durze plamistym, cholerze azyjatyckiéj,

zarazie wschodniéj oraz w chorobach stadnych bardzo zaraźliwych i niebezpiecznych winni już donosić o pierwszym przypadku choroby. Ten sam obowiązek ciąży na lekarzach mieszkających w powiatach granicznych, jeżeli się dowiedzą o wybuchu choroby pospólnéj lub stadnéj w pogranicznych okolicach kraju sąsiedniego.

§. 7. Leki, których przyrządzanie i dysponowanie szczegółowo zastrzeżoném jest aptekarzom, lekarze i chirurdzy wtedy tylko wydawać mogą, jeżeli szczegółowe w téj mierze mają pozwolenie, lub jeżeli ściąganie leku z apteki najbliższéj nie jest możebném bez niebezpieczeństwa. Pozwolenie na utrzymywanie apteki na czas potrzeby zależy od rządu krajowego. Zazwyczaj utrzymywanie apteki podręcznéj wtedy tylko dozwoloném będzie, jeżeli w odległości 2 mil od miejsca zamieszkania lekarza niemasz apteki publicznéj.

§. 8. Rzeczą lekarzy jest postarać się o to, aby szczepienie i rewakcynacyja znalazły przystęp pomiędzy ludnością.

§. 9. Lekarzom, chirurgom, weterynarzom i akuszerkom należy się wynagrodzenie ze skarbu państwa, jeżeli od nich wymaganą będzie czynność sądowolekarska lub sanitarno-policyjna, za którą z góry nie są płatni.

§. 10. Oprócz kar w rozporządzeniu niniejszém wyznaczonych za zaniedbywanie powyższych przepisów kodeks karny orzeka o ściganiu czynności karogodnych, którychby się dopuściły osoby sanitarne przeciw bezpieczeństwu życia i zdrowia.

§. 11. Rząd krajowy ma prawo zakazania osobie sanitarnéj wykonywania praktyki w razie nieudolności dopóty, dopóki osoba ta nowym egzaminem nie wykaże się z uzupełnienia niedostających jéj wiadomości.

(Rozporządzenie to c. k. Ministerstwa wspólnego państwowego c. k. Ministerstwo spraw wewn. przesłało w języku niemieckim Namiestnictwu we Lwowie, które to ostatnie w tymże języku przesłało je urzędom powiatowym i magistratom. Podaliśmy je powyżej w tłumaczeniu polskiém, dosłownem w miarę możebności, a po części wolném, gdzie ciężki styl niemiecki nie dopuścił dosłownego tłumaczenia. Spodziewamy się atoli, że ono będzie zrozumiałém dla Czytelników naszych, których uwagę niniejszém zwracamy na ważne to rozporządzenie. *Redakcyja).*

Choroby nagminne w Galicyi w ciągu sierpnia 1879.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem lipca	przybyło	z tych: wyzdrowiało	z tych: umarło	z tych: pozostało w leczeniu: chorych	z tych: pozostało w leczeniu: w gminach
Ospa	2	7322	—	20	14	6	—	—
Odra	17	34388	143	643	534	44	108	6
Płonica	13	11078	43	275	191	54	78	9
Błonica	29	37181	21	336	135	166	56	14
Dur brzusz.	10	9797	—	145	70	7	68	6
Dur osutkow.	9	10339	36	110	102	10	34	6
Krztusiec	35	46210	914	1352	1121	88	1057	23
Czerwonka	25	24563	130	789	479	103	337	20

Ospa wygasła w całym kraju.

Odra panowała w ciągu sierpnia znacznie łagodniéj niż w lipcu; największa śmiertelność była w Rzeszowie, Janowie (pow. Grodecki) i w mieście Turce; w ogóle śmiertelność wynosiła 5·6%.

Płonica wystąpiła nieco groźniéj niż w lipcu (śmiertelność w sierpniu 16·7%) szczególnie w powiecie przemyskim, rohatyńskim i trembowelskim.

Błonica także się wzmaga, zawsze przeważnie w powiatach od Bukowiny, w horodeńskim, kołomyjskim, buczackim, stanisławowskim i zaleszczyckim, w ogóle śmiertelność przeszło 46%.

Dur brzuszny, który w lipcu wygasł, pojawił się w sierpniu w 10ciu gminach sześciu powiatów, głównie w sanockim.

Dur osutkowy prawie w równéj mierze jak w lipcu.

Krztusiec wystąpił tak co do liczby zachorowań, jak i co do śmiertelności groźniéj niż w zeszłym miesiącu; śmiertelność w sierpniu 3·8%, w lipcu 2·5%.

Czerwonka szerzy się znacznie, w ciągu sierpnia panowała w 25 miejscowościach w dwudziestu dwóch powiatach, głównie w złoczowskim (3 gminy). Śmiertelność w sierpniu 11%, gdy w lipcu tylko 10%. *Dr. Merunowicz.*

* Zjazd XX lekarzy i przyrodników węgierskich wybrał na miejsce przyszłego Zjazdu miasto Steinamanger; prezesem tego Zjazdu obrany został biskup tameczny, wiceprezesami zaś Hollán, prof. Szabó i fizyk Dr. Szabadfy.

* W miastach większych węgierskich śmiertelność w 2gim kwartale rb. była znaczną; i tak wynosiła ona w Kecskemecie 36·9, w Aradzie 38·4, w Klausenburgu 39·9, w Preszburgu 42·8, w Debreczynie 45·4, w W. Waradynie 50·9, w Budapeszcie 42·4 na tysiąc. *(W. med. Pr.)*

* D. 12 bm. odbędzie się w Eisenach 7y wiec lekarzy niemieckich, które głównie zajmować się będzie sprawą szczepienia. Od 15 — 17 bm. odbędzie się w Stuttgardzie 7me zebranie Stowarzyszenia niemieckiego dla higijeny publicznéj, na którém zabiorą głos prof. Hirsch o środkach zaradczych przeciw zarazom, prof. Hofmann z Lipska o środkach dezinfekcyjnych.

* Febra żółta. W mieście Memphis w Ameryce półn. było 80 przypadków choroby i 28 przyp. śmierci w ostatnim tygodniu lipcowym, a w tygodniu poprzednim 85 przyp. choroby i 37 śmierci. W Cincinati, N. Orleanie, Louisville, St. Louis i N. Yorku po 1 przypadku. Przedsięwzięto bardzo surowe środki kwarantanowe przeciw miejscom zarażonym.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 września. Sekcyja żółkiewska Towarzystwa lekarzy galicyjskich na posiedzeniu swém w d. 3 lipca rb. odbytém uchwaliła „udać się do wszystkich sekcyj Tow. lek. gal. z zawezwaniem, aby wypowiedziały swe zdania co do wniosku posła Hausnera względem otworzenia Wydziału lekarskiego we Lwowie. Wnioskodawca (kto?) sądzi: że utworzenie Wydziału lekarskiego we Lwowie mogłoby dodać blasku Uniwersytetowi lwowskiemu, czy jednak cyfry statystyczne szan. posła H. dowodzą istotnie braku lekarzy, o tém każdy z nas z doświadczenia wątpić musi. Niech szan. poseł Hausner swym wpływem i swoją rzadką wymową wymoże na wysokim Rządzie, aby te kwoty, któreby Wydział lekarski rok rocznie pochłaniał, obrócono na utworzenie instytucyi lekarzy gminnych, a ręczyć możemy, że Uniwersytet krakowski cały kraj obficie w lekarzy zaopatrzyć zdoła. Albowiem właściwie nie tyle brak lekarzy daje się czuć na prowincyi, ile brak możności utrzymania się odstręcza ich od osiedlania się tamże. Wzywamy przeto wszystkie sekcyje Tow. lek. gal. do otwartego wystąpienia w tym względzie, gdyż jesteśmy przekonani, że to cośmy tu wypowiedzieli jest echem zdania prawie wszystkich lekarzy w kraju."

(Podajemy dosłownie uchwałę téj sekcyi żółkiewskiéj, ponieważ ją uważamy za objaw rzadkiéj u nas odwagi cywilnéj w wypowiedzeniu tego, co jest przekonaniem wielkiéj przynajmniéj części lekarzy w kraju. Wstrzymywaliśmy się dotąd umyślnie z objawieniem naszego zapatrywania na kwestyję tę tak ważną, ponieważ czekaliśmy na głosy z prowincyi, jako najbardziéj interesowane i kompetentne i spodziewamy się, że uchwała sekcyi żółkiewskiéj da początek wymianie zdań, co gdy nastąpi, i my oparci na niéj głos zabierzemy. *Redakcyja.)*

Ta sama sekcyja uchwaliła udać się do c. k. Starostw w obrębie sekcyi Żółkiewskiéj z prośbą o poskramianie nadużyć cyrulików w oficynach chirurgicznych, mianowicie: co do puszczania krwi, wyrywania zębów i t. p. zwłaszcza, że każdy lekarz jest obowiązany w razie potrzeby sam takie operacyje wykonywać i nie spuszczać się w tym względzie na cyrulików. *(Dwutyg. med. publ.* Nr. 17.)

* Krakowskie Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich rozwija coraz większą działalność. Ostatnie dzieło oryginalne Dra O. Widmanna „o chorobach serca i tętnic" wyszło w miesiącu lipcu, a już obecnie kończy się druk nowego dzieła oryginalnego Dra Rothego pt. „Psychopatologija forensis czyli nauka o chorobach umysłowych w zastósowaniu do sądownictwa." Widać więc, że nie brak nam ludzi zdolnych do pisania dzieł oryginalnych, które dorównywają obecnemu stanowisku nauki. Jeżeli tylko dzieła przez Stowarzyszenie wydane szybko rozchodzić się będą, to przy zwiększonym obrocie kapitału nakładowego spodziewać się możemy, że literatura nasza

lekarska wzbogaci się wkrótce całym szeregiem cennych dzieł oryginalnych. Popieranie szlachetnych usiłowań Stowarzyszenia wydawniczego uważamy więc jako obowiązek każdego lekarza, dbałego o rozwój literatury ojczystej. Cena dzieł dotychczs wydanych jest nadzwyczaj przystępna, co również na wszelkie zasługuje uznanie. i do nabywania dzieł zachęcać powinno.

* Współpracownik nasz Dr. Rydygier w Chełmnie nad Wisłą w Prusiech, znany czytelnikom naszym z prac ogłoszonych i w Przeglądzie Lek., już od kilku tygodni poszukuje dla kliniki swéj prywatnéj chirurgicznéj asystenta, któremu zapewnia zupełne utrzymanie i 500 marek rocznie. Według listownego doniesienia Dr. Rydygier gotów nawet płacić 600 marek, gdyby się znalazł zdolniejszy asystent. Zważywszy, że asystent ma zapewnioną sobie obok skromnego wprawdzie, ale dla młodego lekarza dostatecznego utrzymania i sposobność dalszego kształcenia się pod okiem tak gorliwego i zdolnego lekarza, oraz robienie pod jego okiem operacyj pomniejszych, dziwić się bardzo musimy, że dotąd żaden z młodszych kolegów nie zgłosił się o tę posadę. Utyskujemy ciągle na brak posad w kraju, na niestósowność zagrzebania się dla młodszego a zdolniejszego lekarza w małém miasteczku na prowincyi, a nie brak nam nawet na przedsiębiorczości, jeżeli się rozchodzi o posadę na wyspie Jawie lub w Turcyi, a ociągamy się, jeżeli idzie o posadę w kraju sąsiednim śród ludności polskiéj i pod okiem biegłego rodaka. Wszakże młody lekarz, pobywszy rok lub dwa lata w takim zakładzie, nie powróci złamany na duchu i na ciele, lecz przeciwnie bogaty w doświadczenie i zdolny do pracy samodzielnéj. Zwracamy więc uwagę kolegów młodszych na posadę w mowie będącą, w przekonaniu, że głos nasz nie będzie głosem wołającym na puszczy.

* Kol. Dr. Wilkosz, który nieszczędził trudu w zbieraniu podpisów i datków na adres dla Kraszewskiego, zawiadamia nas, że przesłał do Warszawy zebranych przez siebie 71 podpisów lekarzy polskich z Galicyi, Królestwa, Szląska austryjackiego, Bukowiny i Czech, oraz składkę na pokrycie kosztów adresu w kwocie 65 rs.

* Pisząc w r. 1874 w Przeglądzie Lek. o trucicielce Krystynie Edmundsównéj, skazanéj na śmierć przez przysięgłych londyńskich, wspomnieliśmy o owym dziwacznym przepisie, który nakazuje, aby w razie skazania na śmierć kobiety zwołano ławę przysięgłych matron *„ex circumstantibus,“* która jest powołaną do orzekania, ażali skazana nie jest przypadkiem brzemienną, w którym to razie wykonanie kary zostaje zawieszoném. Z jaką uporczywością trwają w Anglii przy dawnych prawach, dowodzi okoliczność, że *Lancet* uważa za potrzebne wystąpić ostro przeciw téj *„jury of matrons.“* Zapewne jeszcze dużo czasu upłynie, zanim synowie Albionu pozbędą się tego zastarzałego dziwactwa.

* Mikroskop jako swat. Dr. C. Heitzmann z Wiednia, znany autor atlasu anatomicznego, od lat kilku w Ameryce bawiący, pisze w czasopiśmie *Archives of Medicine* co następuje: „W przypadkach wątpliwych zawieranie małżeństwa winno być zależném od zezwolenia doświadczonego mikroskopika. Pewien młody lekarz pytał mnie się niedawno o zdanie swoje pod względem zawierania małżeństw pomiędzy krewnymi, podając, że kocha kuzynkę swoją i doznaje wzajemności. Badałem krew jego i oświadczyłem mu, że jest człowiekiem nerwowym, że w nocy źle sypia i że ma ustrój mierny. Gdy podobne stósunki miały istnieć i u panny, oświadczyłem się przeciw małżeństwu, a to z powodu, że potomstwo mogłoby zwyrodnieć. Wtedy młody lekarz zażądał jeszcze zbadania krwi kuzynki swéj. W istocie śliczna panienka zjawiła się w mojéj pracowni, a zbadawszy krew ku wielkiemu zdziwieniu mojemu znalazłem „ustrój pierwszéj klasy.“ Następnego dnia oświadczyłem młodemu lekarzowi, że powinien ożenić się z panną.

Wiadomość tę zaczerpniętą z *Allg. W. med. Ztg.* podajemy jako przykład humbugu amerykańskiego.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Franciszek Müller habilitował się jako docent chorób nerwowych w Grazu.

* **Nekrologija.** Dr. Chassaignac, o którego śmierci wspomnieliśmy w numerze poprzednim, umarł d. 26 sierpnia rb. w Wersalu licząc lat 75. Rzecz dziwna, że dotąd niema wzmianki o jego śmierci w czasopismach lek. francuskich, podczas gdy wspomnienie pośmiertne w *Lanceecie* już jest umieszczoném. Od lat kilku chorując na cukrzycę umarł prawie nagle. — W Londynie umarł z wady sercowéj Dr. Jakób Broad, chirurg w szpitalu Guya.

* **Konkurs.** Zwracamy uwagę na konkurs na posadę lekarza w Weldzirzu, w numerze dzisiejszym ogłoszony.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 17: Grabowskiego: Przegląd sposobów usuwania nieczystości z miast (c. d); prof. Janikowskiego: Podpalenie popełnione przez głuchoniemą i niedołężną na umyśle. W *Medycynie* Nr. 36: Sokolowskiego z Goerbersdorfu: Kazuistyka lekarska II. Ropień głęboki ścian brzusznych; Sznabla: Rzadki przypadek wysypki prosówkowéj u dziecka. *Gazety Lekarskiéj* nie otrzymaliśmy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Państwo Weldzirz rozpisuje konkurs na posadę lekarza Dra medycyny i chirurgii. Z posadą tą połączone są następujące dochody:

Roczna płaca w miesięcznych ratach z dołu złr. 720 aw. oraz pomieszkanie z opałem w Leopoldówce 3½ mili od miasta powiatowego Dolina oddalonéj. Za przejazdzki do chorych skarbowych poza obrębem siedziby, przy użyciu skarbowéj fury opłaca skarb tytułem dyjet 3 złr. dziennie. Lekarz obowiązanym jest utrzymywać apteke domową, a za wydawane z tejże lekarstwa przysłuża mu prawo pobierać taryfą apteczną objęte należytości. Ubiegający się o tę posadę winien się wykazać: iż włada językiem polskim i niemieckim. Bezżenni mają pierwszeństwo. Podania należy wnieść najpóźniéj do 15 października 1879 do Dyrekcyi dóbr Weldzirza poczta Weldzirz.

Bliższych wyjaśnień udziela z uprzejmości Wny Dr. Krzyształowicz lekarz powiatowy w Dolinie.

Od Dyrekcyi dóbr Weldzirza.

Leopoldówka 10 września 1879.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 20 września 1879. № 38. Rok XVIII.

I. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala powszechnego św. Łazarza w Krakowie Prymaryjusza Dra A. Zarewicza.

Przypadek pierzchnicy czerwonéj. *(Lichen exsudativus ruber.)*

Opisał Dr. Leopold Glück.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37.)

Na skórze ludzi zmarłych w skutek pierzchnicy, prócz niedokrewności i niezwykłego łuszczenia się przyskórka, nie znajdywano nic uwagi godnego. Zmiany drobnowidowe ograniczają się podług Hebry, (który przerzeczoną chorobę pierwszy opisał w 1862 r. w pierwszém wydaniu dzieła o chorobach skóry), do pochewek włosów, które tutaj tworzą lejki współśrodkowe, zwrócone ostrym końcem ku dołowi, a szerszym ku ujściu; w pośrodku usadowiony włos jest zupełnie prawidłowy, przez brodawki powiększone przechodzi rozszerzona pętliczka naczyń. Według Neumanna komórki siatki Malpighiego są powiększone i pomnożone, brodawki miejscami mniejsze i węższe, a przez nie przechodzi wązkie i puste naczyńko krwionośne, miejscami zaś brodawki są większe i opatrzone siatką włókien elastycznych. Zewnętrzna pochewka włosowa, przepełniona komórkami i wydłużona, podobna jest u podstawy do gruczołu gronkowego; korzeń włosa jest ostro ucięty i miotełkowato rozwlókniony. Wszystko to widział Biesiadecki w pierzchnicy ale i w innych długotrwałych cierpieniach skóry, oprócz wyżéj wymienionych niestałych zmian widział i inne, które w ten sposób zestawia: Obraz anatomiczny guzka pierzchnicy dowodzi wyraźnie, że w środku jego z pewnéj przyczyny nastąpiło zboczenie odżywienia, w skutek którego brodawki i górna warstwa miazdry jako też warstwa śluzowa zanikają. Ze względu na naczynia zapadnięte i wązkie i przebieg ich wężykowaty prawdopodobną jest rzeczą, że krążenie w nich albo zupełnie ustało, (jak autor sądzi skutkiem zwyrodnienia kleinowatego ścian), albo też odbywało się w bardzo ograniczonym stopniu. W obwodzie guzka uderza przedewszystkiém rozszerzenie naczyń, jako też znaczne zbrzęknięcie miazdry i brodawek objawiające się rozstąpieniem się włókien tkanki łącznéj, a nareszcie małe wynaczynienia, mające siedzibę w tkance brodawki, jako też nad jéj szczytem w warstwie śluzowéj.

Według Biesiadeckiego zatém obrzęk obwodowy i zanik środkowy brodawek, powierzchownéj warstwy miazdry i siatki Malpighiego, z częściowém zwyrodnieniem kleinowém ścian naczyń, przyczém włosy i ich pochewki są prawidłowe albo bardzo mało zajęte, cechują anatomicznie pierzchnicę czerwoną. Obraz ten anatomiczny odpowiada w zupełności tym grudkom, które Hebra opisuje jako okrągłe ciemnoczerwone i w środku zapadłe, nie licuje jednak z drugą odmianą grudek, t. j. z jasno-czerwonemi, mniejszemi i stożkowatemi.

Dla całości wspomnieć należy i o zapatrywaniu Halliera, który pierzchnicę uważa za chorobę grzybkową włosa, czego jednak nikt nie potwierdził. Innych prac anatomicznych nad tym przedmiotem niema.

Do rozpoznania pierzchnica czerwona jest łatwą, mimo to możnaby ją w różnych jéj okresach pomieniać z niektóremi chorobami skóry.

W okresie pierwszym, kiedy prócz grudek wyżéj opisanych innych objawów téj choroby nie mamy, możnaby ją pomieniać z pierzchnicą zołzowych, łuszczycą *(psoriasis)*, wypryskiem guzkowym a może i ze świerzbiączką, bo wszystkie te cierpienia cechują grudki. Przypatrzywszy się jednak bliżéj znajdziemy oznaki odróżniające wszystkie te choroby od pierzchnicy czerwonéj. Grudki pierzchnicy zołzowych są blado-żółte, w kępki usadowione i występują najczęściéj, bo w 90 na sto razy, na skórze tułowia dzieci dotkniętych wyraźnemi objawami zołzów. Kępki te daléj się nie rozwijają i ustępują przy leczeniu przeciwzołzowém. Drobne kępki łuszczek barwy białéj, po zdrapaniu których zostaje miejsce łatwo krwawiące i po całéj skórze rozsiane, cechują wybitnie łuszczycę. Grudki wyprysku guzkowego są czerwone, łuszczkami nie pokryte, zawierają ciecz przeźroczystą i świe-

dzą, wywołują więc drapanie. Z każdéj grudki rozdrapanéj występuje kropelka cieczy, która zasycha i pokrywa ją drobnym strupkiem; wśród grudek można zresztą znaleść i pęcherzyki. W świerzbiączce występują wprawdzie także grudki, ale te można prędzéj wyczuć niż widzieć, nie różnią się bowiem w swéj barwie od otaczającéj je skóry, a zresztą, wbrew łacińskiemu przysłowiu *lucus a non lucendo,* sama nazwa cechuje ją dosadnie.

W drugim okresie przedstawia nam się pierzchnica czerwona w postaci nacieków mniéj lub więcéj rozlanych, łuszczkami pokrytych, w obwodzie których świeże grudki ułatwiają nam rozpoznanie. I teraz możnaby chorobę naszą pomieniać z łuszczycą dłuższy czas trwającą, z wypryskiem łuszczącym i z łupieżem czerwonym. Pojedyńcze grudki łuszczu r o s n ą i zlewając się tworzą zazwyczaj plamiste wyniosłości, a skóra wygląda jakby ją pobryzgano wapnem. Łuszczki, które tworzą te wyniosłości, są znacznie grubsze niż w pierzchnicy czerwonéj i pozostawiają po zdrapaniu łatwo krwawiące miejsce. Kto wie, że wyprysk sączy i pokrywa skórę grubym strupem, ten w rozpoznaniu nie omyli się nigdy. W łupieżu skóra wprawdzie jest zaczerwienioną, ale nigdy naciekłą i przytém pokryta tylko małą ilością łuszczek. Chory nasz przyjęty do szpitala był właśnie wybitnym okazem drugiego okresu przerzeczonéj choroby.

Kiedy wreszcie trzeci okres pierzchnicy czerwonéj prowadzi po kilkuletniém trwaniu do zgrubienia i zaczerwienienia całéj skory, która pokryta jest łatwo zetrzeć się dającemi łuszczkami, kiedy zgrubienie i rozpadanie się skóry na dłoniach, stwardnienie paznokci nie dozwalają choremu pracować, natenczas i odżywienie jest upośledzone, a chory wychudły umiera z uwiądu. Brak nacieku skóry, stwardnienia paznokci i uwiądu w łupieżu, dostatecznie go wyróżniają od pierzchnicy czerwonéj.

Rokowanie jest w obu pierwszych okresach naszéj choroby pomyślne, od czasu gdy w kwasie arsenawym poznano środek prawie swoisty; leczenie jéj jednak wymaga dłuższego czasu, 6 — 18 miesięcy. Chorzy Hebry wyżywali po 3500 pigułek azyjatyckich czyli przeszło 18·0 gramów kwasu arsenawego, bez najmniejszéj szkody dla zdrowia. Gdy zmiany na skórze znikną, nie trzeba zaprzestać używania tego środka, tylko przepisywać go chorym jeszcze kilka tygodni w dawkach coraz mniejszych. W jednym tylko przypadku opisanym przez prof. Dra Rosnera zauważano nawrót choroby, lecz Hebra przytaczając go twierdzi, że chory nie musiał być wyleczonym dokładnie, tak mocno wierzy w skuteczność arsenu. Chory, o którym prof. Rosner wspomina, przedstawił mu się w 10 lat po zupełném wyleczeniu, ze świeżym nawrotem pierzchnicy.

Zupełnie inaczéj leczono pierzchnicę czerwoną na oddziale Dra Zarewicza. Chore, o których wyżéj wspomniałem, nie zażyły ani jednéj pigułki azyjatyckiéj, a mimo to po pięciomiesięcznym pobycie w szpitalu opuściły go zupełnie wyleczone i u żadnéj z nich nie okazał się nawrot choroby. Ciepłe kąpiele dwugodzinne, do których dodawano po 300,00 sody *(Natr. carb.)* i nacieranie skóry tranem, sprowadziły pożądany skutek w krótszym czasie, niż w każdym razie, a szczególniéj w praktyce prywatnéj, niebezpieczniejsze leczenie kwasem arsenawym. U naszego chorego zastósowano to samo leczenie, jednak w celu doświadczenia, czy połączenie obu środków nie przyspieszy jeszcze wyleczenia, dostaje chory codziennie po 4 pigułki azyjatyckie przed obiadem, z zastrzeżeniem dalszego stopniowania.

Gdyby chory przyszedł z pierzchnicą w drugim okresie, natenczas możnaby tylko obok dobrego żywienia użyć pierwotnego sposobu Dra Zarewicza. Wprawdzie wykazały ścisłe doświadczenia fizyjologiczne Boecka i Gaethgensa, jakie na głodzonych psach robili, że przemiana materyi a szczególnie białka i azotu pod wpływem kwasu arsenawego się przyspiesza, ale przypuszczenie jest zupełnie uzasadnione, że potrzebna do wyleczenia dawka tego leku, najprawdopodobniéj wywołałaby u osoby źle odżywionéj i więdniejącéj według doświadczeń Grohego i Salkowskiego zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia serca, przepony i wątroby.

Dnia 5go lutego b. r. przedstawiłem chorego na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego, kiedy leczenie było już rozpoczęte a zmiany poczęły ustępować, tak dalece, że sangwinicznie powiedziałem: „dotychczasowy wynik pozwala, naturalnie ze zastrzeżeniem, rokować, że chory za kilka tygodni opuści szpital na zawsze uwolniony od tego cierpienia“. Z przebiegu choroby zanotowano tylko 22go lutego: Okolice wolne w dolnéj części klatki piersiowéj i przedramionach prawie zupełnie zajęte, w miejscach zaś innych, jak na barkach, grzbiecie i górnéj części klatki piersiowéj łuszczenie mniejsze, skóra o wiele jaśniejsza, tak, że prawidłowo prześwieca; 2go marca dodano 5 pigułek azyjatyckich dziennie. Z powodu suchości i popękania powierzchownego skóry zmniejszono dawkę *Natr. carb.* z 300·00 do 200·00 do jednéj kąpieli. Dnia 29go marca opuszcza chory szpital w stanie znacznie polepszonym; nowe grudki nie przybywają, cała skóra mniéj się łuszczy i prawidłowo prześwieca.

Po ośmiu tygodniach leczenia nie osiągnięto wprawdzie skutku, jakiego się spodziewałem, lecz i znacznéj skuteczności sposobu leczenia zaprzeczyć nie można.

Lecz na tém nie koniec jeszcze. Dnia 4go maja chory przybył powtórnie do szpitala i okazało się, że *„Lichen exsudativus ruber“*, na który chory był leczonym, ustąpił zupełnie, obecnie zaś wystąpiła łuszczyca *(Psoriasis)* pod postacią guzków *(guttata)* i nacieków *(nummulata).*

Wyżéj opisany przypadek pierzchnicy czerwonéj zatém nietylko ze względu na czas trwania, (bo trwał zaledwie pięć miesięcy) i przebieg szybki jest uwagi godnym, ale i ze względu na terapiję i następne pojawienie się zupełnie odmiennego cierpienia skóry.

II. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków

napisał prof. Dr. **Blumenstok.**

VI. Śmierć z otrucia arszenikiem.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37.)

Z powodu podanych właśnie odpowiedzi pp. chemików sądowych Sąd krajowy polecił przesłuchać pp. obducentów pod przysięgą, celem wyjaśnienia sprzeczności zachodzących pomiędzy protokółem sekcyjnym a opisem chemików.

Na odnośne zapytania odpowiedział w d. 31 sierpnia pierwszy obducent co następuje: „W żołądku Anny L. znaleziono płyn gęstawy, barwy brunatno-żółtéj z osadem podobnym do proszku żółtego. Na rozpulchnionéj błonie śluzowéj żołądka znaleziono przylegający taki sam proszek. Przy tém pierwszém podaniu obstaję i teraz, jakkolwiek pp. chemicy po upływie przynajmniéj dni kilku znaleźli na miejscach

w których przylegał proszek, smugi żółte, które zdaniem ich pochodzą od kw. azotowego. Z uwagi, że błona śluzowa niebyła nadżartą, co musiałoby mieć miejsce, gdyby te smugi pochodziły od kw. azotowego, następnie z uwagi, że oględziny nasze żołądka ściśle przeprowadzone były, śmiem twierdzić, ze smugi żółte pochodziły nie od kw. azotowego, który tylko w małéj ilości wykryto, lecz od zabarwienia arsenem żółtym".

„Znalazłszy w żołądku ciało obce, a mianowicie proszek żółty, a gdy niebyło podejrzenia ani śladu innego ciała żrącego, jak kw. azotowego lub siarkowego, nie uważałem za potrzebne otwierać jamę ustną i połyk w całości, zwłaszcza, gdy część gardziela w bliskości żołądka nie była naruszoną".

„Około ust zaś nie spostrzegłem żadnych plam, któreby pochodzić mogły od kw. azotowego. Obecnie zaś po upływie 4 miesięcy wydobycie zwłok nie miałoby żadnego skutku, ponieważ dla zgnilizny plamy, jakieby kw. azotowy mógł pozostawić, nie dałyby się już wykryć".

„Anna Ł. umarła z otrucia arszenikowego. Kw. azotowy znaleziony został w bardzo małéj tylko ilości, a wszystkie próby chemiczne na kwas ten słabo oddziaływały. Taka zaś ilość kwasu, która nawet na błonie śluzowéj żołądka żadnego zniszczenia nie zrządziła i tylko próbami chemicznemi wykrytą być mogła, z pewnością śmierci nie wywołała, ani też zdaniem mojém jéj nie przyspieszyła".

Tak samo oświadczył się i drugi obducent, z tym nadto dodatkiem, że zaglądał do jamy ustnéj Anny L. a w niéj żadnych zmian nie widział.

Po tych mozolnych poszukiwaniach c. k. Prokuratoryja rządowa zażądała jeszcze zasięgnięcia zdania od dwóch tutejszych lekarzy sądowych co do całéj sprawy. Po uważném rozpatrzeniu się w sprawie téj nieco zagmatwanéj, uwzględniając pytania szczegółowe przez c. k. Prokuratoryję podane, wydaliśmy w d. 5 września następującéj treści orzeczenie:

I. Sekcyja wykazała, że Anna Ł. była dobrze zbudowana i odżywiona, lat 23 licząca, a prócz rozdęcia płuc, które nie musiało być znaczném, skoro serce nie przedstawiało żadnych zboczeń, nie znaleziono żadnych nieprawidłowości, z czego wynika, że Anna Łysikowa była osobą względnie zdrową.

II. Wszyscy świadkowie potwierdzają, że denatka aż do soboty d. 25 kwietnia 1875 wieczór była całkiem zdrową.

III. Anna Ł. rozchorowała się bezpośrednio po wyjściu od Karoliny J. a względnie po wypiciu u niéj kieliszka wódki zły smak mającéj, jakto w obec świadków przed śmiercią zeznała.

IV. Choroba Anny L. trwała 12 — 14 godzin a głównemi objawami téj choroby były wymioty, nudności, uczucie palenia we wnętrzu, obok całkiem utrzymanéj samowiedzy.

V. Śmierć tak szybka u osoby młodéj, poprzednio całkiem zdrowéj, już sama przez się nasuwa podejrzenie otrucia, a podejrzenie to staje się tem większém, jeżeli, jak w danym przypadku, sekcyja nie wykazała zmian, w inny sposób śmierć wytłumaczyć mogących.

VI. Natomiast znaleźli lekarze sądowi w żołądku denatki płyn gęstawy brunatno-żółty z osadem podobnym do proszku żółtego, błonę śluzową zaś rozpulchnioną z licznemi wybroczynami smugowatemi i nadżerkami (12). Wynik ten przemawia za wprowadzeniem do żołądka Anny Ł. trucizny żrącéj.

VII. PP. chemicy sądowi wykryli w treści żołądka i jelit dwie trucizny żrące, a mianowicie kwas arsenawy (arszenik) i kwas azotowy, ostatniego atoli bardzo małą ilość.

VIII. Następnie orzekli, że ilość znalezionego w żołądku arszeniku mogła śmierć Anny Ł. wywołać, zaś co do kwasu azotowego na podstawie sposobu badania, jaki w niniejszym przypadku obrali, wywnioskować nie można, ażali ten wykryty kwas azotowy znajdował się w żołądku w stanie wolnym, lub też w połączeniu z innemi ciałami.

IX. Jeżeli w obec téj niepewności wykrycie kwasu azotowego w niniejszéj sprawie nie może mieć żadnego prawie znaczenia, to nadto następujące okoliczności przemawiają jeszcze przeciw przypuszczeniu, jakoby otrucie kwasem azotowym w danym przypadku miało miejsce.

1) PP. chemicy kładą nacisk na tę okoliczność, że ilość wykrytego przez nich kwasu azotowego była bardzo małą. Przypuściwszy więc nawet, że wykryty przez nich kwas azotowy był wolnym, to tak mała onego ilość nie wystarczyłaby do zabicia człowieka młodego i zdrowego w tak krótkim czasie.

2) Wprawdzie możnaby przypuścić, że nierównie więcéj wprowadzono kwasu azotowego do żołądka Anny L., aniżeli go pp. chemicy wykryli i że większa część albo rozłożoną albo wydaloną została przez wymioty. Tu znów dwa przypadki były możebnemi:

a) że kwas azotowy wprowadzony został rozcieńczony płynem, w takim razie atoli nie byłby zdolnym wywołać tak szybkiéj śmierci.

b) albo, że kwas azotowy wprowadzonym został w stanie zgęszczonym. W takim jednak razie nie tylko na błonie śluzowéj żołądka musiałyby być plamy żółte i nadżerki większe, ale także mniéj więcéj w całym trakcie pokarmowym, począwszy od warg aż do żołądka. Wprawdzie co do téj okoliczności protokół sekcyjny nie jest wyczerpujący, ale sądzimy, że żaden lekarz sądowy nie przeoczyłby takich plam żółtych, gdyby takowe na wargach lub w żołądku się znachodziły. Nadto w skutek późniejszego zapytania oświadczył jeden z lekarzy sądowych, że stanowczo smug żółtych w żołądku i na około ust nie było, co też drugi lekarz potwierdził z tym dodatkiem, że zaglądał do jamy ustnéj i tam nic nieprawidłowego nie widział. W obec tych oświadczeń zasługujących ze stanowiska lekarskiego na wiarę, ponieważ w żołądku i większych nadżerków nie było, spór pomiędzy chemikami, ażali spostrzeżone przez nich smugi żółtawe na błonie śluzowéj żołądka pochodzą lub niepochodzą od siarczku arsenu, może mieć uprawnienie swoje naukowe, ale na orzeczenie nasze wpływać nie może.

X. Z tych powodów wykluczamy otrucie kwasem azotowym, z czego jednak nie wynika, że bardzo mała ilość tego kwasu nie mogła być wprowadzoną do żołądka Anny Ł. Jeżeli jednak to nastąpiło (czego ani przypuścić ani wykluczyć nie możemy), to w każdym razie w tak małéj ilości, że kwas azotowy nie tylko śmierci nie wywołał, ale nawet do takowéj nieprzyczynił się.

XI. Natomiast nie ulega wątpliwości, że Anna Ł. umarła z otrucia kwasem arsenawym (arszenikiem). Za tém bowiem przemawia:

1) Wykrycie w żołądku i jelitach denatki arszeniku i to w ilości dostatecznéj do wywołania śmierci;

2) objawy chorobowe, jakie u Anny Ł. wystąpiły;

3) trwanie choroby (od 12 — 14 godzin).

4) wynik sekcyi, a mianowicie stan żołądka, a właściwie jego błony śluzowéj.

XII. Trucizna, która śmierć wywołała, to jest arszenik mógł być wprowadzonym do żołądka Anny Ł. tak w płynie, (jak np. w wódce), jako też z inném ciałem (np. z chlebem). Jedno i drugie jest możebném, co zaś w tym przypadku miejsce miało, o tém dla braku podstawy orzekać nie możemy.

XIII. Możebném także a nawet prawdopodobném jest, że arszenik zadanym został z wódką roztworzoną kwasem azotowym, za tém przemawia zły smak wódki, o jakim denatka wspominała, a który przeważnie kwasowi azotowemu przypisaćby należało. Jednak powtarzamy, że i w tym razie kwas azotowy sam przez się nie byłby wywołał śmierci, gdyby w roczczynie nie było arszeniku.

XIV. Denatka twierdziła wprawdzie, że nic nie jadła, jednak pp. znawcy botanicy znaleźli w osadzie płynu żołądkowego proszek, który rozpoznali jako pochodzący od mełtego jęczmienia. Z uwagi, że denatka według zeznania męża w sobotę w południe jadła tylko ziemniaki z zacierką, przypuścić wypada, że proszek ów nie pochodzi z tych potraw. Ponieważ jednak plewy, jakie pp. botanicy znaleźli, według doświadczenia przez dłuższy czas w żołądku pozostać mogą, nie możemy wykluczyć wcale możebności, że takowe pochodzą od chleba, który denatka zjadła w sobotę rano na śniadanie.

Rozprawa przeciw Karolinie J. i jéj mężowi Janowi J. jako współwinnemu zbrodni skrytobójstwa odbyła się przed trybunałem przysięgłych w dniach 3 — 8 grudnia 1875 r. Sprawdzono, że w sobotę w południe Anna Ł. jadła u siebie żur i kluski, które to ostatnie robione były z mąki pszennéj i jęczmiennéj, że widziano ją opuszczającą dom siostry i szybkim krokiem dążącą do mieszkania swego, gdzie przybyła nietylko zdrową jeszcze, ale wesołą, a nawet zabierała się do jedzenia, późniéj dopiero zaczęła wymiotować w domu w obecności świadków, a wyrzucała tylko płyn, skarżyła się, że ją wewnątrz pali, ale bynajmniéj nie żaliła się na ból w jamie ustnéj, ani też świadkowie nie zauważyli u niéj plam na wargach.

Po zdaniu sprawy przez pp. znawców botaników, a następnie chemików, przyczém wywiązała się bardzo żywa dyskusyja między tymi znawcami a obrońcą, na wezwanie p. przewodniczącego przedstawiłem rzecz ze stanowiska sądowolekarskiego, jak to wynika z protokółu rozprawy, wprawdzie urzędowego, ale nie stenograficznego:

„Faktem jest, że Anna Ł., osoba młoda i czerstwa, zasłabła w d. 25 kwietnia nagle i umarła w ciągu 12 — 14 godzin. Jeżeli osoba zdrowa umiera tak szybko, a w okolicy niema żadnéj epidemii, powstaje podejrzenie otrucia. Jakoż dochodzenie wykazało otrucie arszenikiem, które żadnéj nie ulega wątpliwości. Po wypiciu wódki nieprzyjemnie smakującéj Anna Ł. umarła śród objawów otrucia arszenikowego, a sekcyja i badanie chemiczne śmierć tę stwierdziły. Zachodzi pytanie, w jaki sposób arszenik dostał się do organizmu? Dostał on się albo nierozpuszczony w placku, albo rozpuszczony w wódce. Nie moją jest rzeczą dochodzić istnienia tego placka. Za istnieniem onego przemawia proszek, znaleziony w żołądku, który uznano za resztki jęczmienia lub owsa. Fakt ten jednak niczego jeszcze nie dowodzi, bo Anna Ł. jadła kluski z mąki mięszanéj na ostatni obiad, przypuścić zresztą należy, że w sobotę rano śniadała, że jadła kolacyję i w piątek. Pokarmy roślinne stagnują w żołądku i w kątnicy, a doświadczenia robione na królikach morzonych wykazały w żołądku ich resztki pokarmów roślinnych przed kilku dniami spożytych. Cóż przemawia przeciw plackowi? Otóż to, że go nikt nie widział w wymiocinach, a że wymioty dość prędko nastąpiły po rzekomém spożyciu placka, więc musiałyby w nich znajdować się kęski niezmienione, pomijając już okoliczność, że obwiniona przy rozprawie podała, że w placku tym znajdować się miały grube ziarna arszeniku; Anna Ł. musiałaby więc czuć zgrzytanie, a przy sekcyi znalezionoby owe ziarna. Pozostaje owa wódka. Opowiadała o niéj zmarła a oskarżona nie zaprzecza, że jéj wódkę podała, a wódka ta była niesmaczną. W przeciągu pacierza po wypiciu Anna Ł. wychodzi, szybko dobiega do domu, jeszcze jest o tyle zdrowa, że przymierza buty, nagle dostaje wymiotów, a więc mniéj więcéj w półgodziny po wypiciu wódki. Tak prędki skutek nastąpić może tylko wtedy, jeżeli arszenik rozpuszczony dostanie się do żołądka, w przeciwnym bowiem razie objawy otrucia nie następują przed 4 lub 5 godzinami. Za tém przemawia i śmierć szybka (w przeciągu 12 — 14 godzin), bo jeżeli dawka arszeniku niebyła znaczniejszą a arszenik nie został zadany w stanie rozpuszczonym, wtedy choroba trwa dłużéj. Wreszcie lekarze obducenci nie znaleźli w żołądku ziarnek arszeniku, a pp. chemicy byliby ich z pewnością nie przeoczyli. Z tych wszystkich powodów twierdzę z prawdopodobieństwem, graniczącém o pewność, że Anna Ł. zażyła arszenik rozpuszczony. Rozchodzi się teraz o środek, w którym trucizna zadaną została. Zwracam uwagę, że arszenik w płynach zimnych trudno się rozpuszcza, w gorących bardzo łatwo, a znane są przypadki, w których z tego powodu arszenik przed zadaniem gotowano. Denatka twierdziła, że wódka, którą piła, miała smak niedobry; smak ten nie mógł pochodzić od arszeniku, pochodzić on mógł atoli od serwaseru. Za dodaniem do wódki serwaseru obok arszeniku przemawia zatém i smak i łatwe rozpuszczenie się ostatniego po takim dodatku, a co najważniejsza ślady kw. azotowego w żołądku znalezione, daléj obecność tego kwasu w pomieszkaniu oskarżonych i jak rozprawa wykazała, znajomość własności serwaseru ze strony oskarżonego".

W podobny sposób oświadczył się i mój kolega Dr. Zaręba.

Przysięgli uznali jednomyślnie Karolinę J. winną skrytobójstwa, większością zaś głosów męża jéj Jana J. współwinnym téj zbrodni. Trybunał skazał pierwszą na śmierć, ostatniego na 15 lat ciężkiego więzienia. Późniéj wyrok śmierci na Karolinę J. zmieniony został na 15-letnie ciężkie więzienie.

Opisany powyżéj przypadek, ze stanowiska sądowolekarskiego prosty i jasny, nabrał większego znaczenia dziwnym zbiegiem okoliczności: głównie z powodu znalezienia flaszeczki z serwaserem w pomieszkaniu obwinionych a wykrycia śladu kw. azotowego w żołądku obok większych ilości arszeniku, a następnie z powodu, że protokół sekcyjny przedstawiał lukę właśnie co do okoliczności, która następnie i nadspodzianie okazała się ważną. Nie można przypisać winy lekarzowi, jeżeli przystępując do sekcyi pod wrażeniem, uzasadnioném na podstawie objawów chorobowych, że ma przed sobą otrucie arszenikowe, nie podaje wyraźnie, że nie znalazł zmian przemawiać mogących za użyciem kwasu

innego; jednak doświadczenie poucza, że w przypadkach skrytobójstwa należy dyktować nawet ujemny wynik, aby nie było później wątpliwości pod względem szczegółów, których z góry przewidzieć nie można.

III. Oceny i sprawozdania.

Dra A. Schotta: **Krwotoki miesiączkowe i przewlekłe przekrwienia macicy.** Sprawozdanie Dra A. Reifera w Dzikowie.

Przed kilku miesiącami wyszła z pod pióra Dra Schotta rozprawa, (w zbiorze Volkmanna Lipsk 1879, Nr. 161) w której znalazłszy pojęcie chorób i tłumaczenie ajtyjologiczne całkiem różne od dotychczasowych, a zwłaszcza co do terapii niepospolite i bardzo cenne dla lekarza wykonawczego skazówki, uważam ją za godną streszczenia i przedstawienia szerszemu kołu czytelników Przeglądu Lekarskiego. *)

Autor nie robi różnicy między krwotokami miesiączkowemi a innemi macicznemi, gdyż nie mają żadnych cech swoistych. Krwotoki miesiączkowe pojawiają się w ustępach nieregularnych, a pauzy wolne są ogólną właściwością ujścia krwi z macicy; wyklucza tylko nowotwory i cierpienia szyi macicznéj jako sprawą miesiączkową nie objęte.

Tłumaczenie krwotoku miesiączkowego ściśle jest złączone z nauką o zapaleniu śródmacicznêm miąższu macicy i otrzewny macicznéj; stósunek to przyczynowy wzajemny. Zapalenia pierwotne macicy, czy przyrzutowe czy urazowe, wywołują czyszczenie nadmierne i odwrotnie chorobowo wygórowany peryjod stopniując się przechodzi w formę przewłocznego zapalenia macicy. Już nawał fizyjologiczny miesięczny bardzo jest spowinowaconym ze sprawą nieżytową i zapalną; błona śluzowa okazuje wtedy główne cechy zapalne Galenowskie: *ruborem, dolorem et tumorem*, a nasiąkanie tkanin i otoczenie naczyń komórkami wędrującemi drobnowidowo obie sprawy cechuje. S. przeto zaleca nazwę *endometritis menstrualis vel menorrhagica*, dopóki tor miesięczny w przybliżeniu występuje, gdy zaś odpływ mniéj lub więcéj krwawy trwa ciągle i bez ustanku, natenczas mamy do czynienia z następstwem i odmianą poprzedniéj choroby, którą nie dawno dokładnie opisał Olshausen dając jéj miano bujającego zapalenia śródmacicznego *(hyperplasirende oder fungöse Endometritis)*.

Źródłem wysilających upływów krwi jest natenczas błona śluzowa mocno obrzękła, guzowata, łatwa do zeskrobania, a z resztą prawidłowéj budowy. Autor twierdzi, że nieżyt macicy *(endometritis catarrhalis chronica)* jest tylko niższym stopniem téj saméj choroby i że zboczenia czynnościowe owulacyi nie tylko do zapalenia prowadzą, ale nawet do utworzenia mięśniaków.

W ajtyjologii wylicza wątłość mięśni ogólną, wrodzoną lub stosunkami osłabiającemi nabytą *(chlorosis menorrhagica Virchowii)* zdrożności w obcowaniu, ciążę, nachylenia i zmiany w ułożeniu macicy, przeszkody w krążeniu krwi miejscowe i ogólne. Nie mogąc *in extenso* przytoczyć bystrych poglądów tego działu ani urywkowo z niego zdać sprawy, odsyłam łask. czytelnika do oryginału.

Na uwagę szczególną zasługuje część książki poświęcona terapii. Punktem zaczepnym do leczenia wszystkich chorób nawałowych części rodnych niewieścich powinno być nasilenie miesięczne; rozchodzi się o to aby mu zapobiedz i uczynić je nieszkodliwêm. Przewodnictwo w téj dziedzinie objął już dzielny Hegar, wygłosiwszy dosadne acz skrajne zapatrywanie: „aby leczyć uporczywe choroby narządów płciowych, śmiało a doszczętnie, usunąć jajniki.“ Ale choć autor rady Hegara za opaczną nie uznaje, radzi jednak, ażeby do tego energicznego środka w rozpaczliwych tylko uciekać się razach, w innych zaś, żeby zostawić i utrzymać części składowe ustroju, ale czynność ich poskromić i złagodzić.

Dawna zasada, „nie używać lekarstw podczas peryjodu“ powinna upaść, a powstać przeciwna, że najstósowniejszą porą do leczenia jest czas trwania czyszczeń i kilka dni następnych *).

Zasadniczêm zadaniem w leczeniu krwotoku miesiączkowego jest usunięcie nagromadzonéj krwi i chwilowego grożącego niebezpieczeństwa. Płonną jest obawa, że się chora przyzwyczaiła do powtarzających się utrat krwi, i że późniéj układ naczyń tylko do pewnego stopnia zniesie przepełnienie i treść swą wypróżnić musi. Rzadko tylko spotkamy niedokrewną, która po zatamowanêm krwawieniu z macicy zaatakowaną niêm będzie np. z nosa, tak jak po wycięciu guzów krwawnicowych upławy miesięczne się wzmagają. Owszem, leczenie przerywa skutecznie takie wdrożenie się (nałóg ustroju), a raz uśmierzony krwotok powtarza się następnie już słabiéj. Jednorazowe oszczędzenie krwi przyspiesza jéj obieg i działa ożywiająco na ogólne odżywienie i krzepiąco na naczynia maciczne (Ludwig i Slawiansky).

Te same środki ściągające, których unikać trzeba przy ciasnocie jamy macicy przed peryjodem, dadzą się bez niebezpieczeństwa zastósować, gdy ściany wewnętrzne pokryte są warstwą krwi, któréj białko łącząc się z nadmiarem leku szczmiącego, zobojętnia i wydziela go przy szerszém wtedy ujściu macicznêm. Najwygodniejszym w tym celu okazał się Schottowi zgłębnik obwinięty cienką warstwą waty, zmoczonéj w rozczynie półtora chlorku żelaza, w uporczywych zaś przypadkach używa gąbki prasowanéj. Gąbki te karbolizowane lub salicylizowane, które autor przed użyciem, dla pewniejszego odwietrzania zmoczywszy powtórnie w oleju karbolowym, posypuje proszkiem ałunu, wprowadza nie tylko do szyi macicznéj, ale do saméj jamy a pochwę wypełnia tamponem. Po dwunastu godzinach wyjmuje gąbkę, wystrzykuje macicę wodą karbolową a w potrzebie odnawia rękoczyn. Ponieważ krwotokowi bardzo często towarzyszy przodozgięcie, dlatego radzi S. wprowadzić gąbkę wtedy, gdy pęcherz moczem jest wypełniony, a w razie potrzeby napełnia pęcherz wodą, co bardzo ułatwia wsunięcie gąbki.

Ważniejsze niż wszystkie leki wydaje się autorowi zachowanie i środki, które sobie same pacyjentki zastósować mogą. Nie wystarczy lekarzy na zawołanie tak wielkiéj liczby kobiet na przewłoczną menorhagiję cierpiących; w tym względzie zaleca, ażeby pacyjentki trzy dni przed

*) Prof. Kleinwächter w Insbruku polecając (w *Medic. Presse* Nr. 27) wykład A. Schotta mówi: „Lekarz młody, osobliwie taki, który po ukończeniu nauk nie zostawał przez kilka lat w większym szpitalu, ma do walczenia na początku swego wykonawstwa z różnemi trudnościami, nim nabędzie doświadczonego poglądu i rutyny. Do trudności bezwarunkowo należy leczenie obfitéj miesiączki. Schott wielką zasługę położył podejmując mozolną pracę zestawienia sposobów leczenia téj choroby ze stanowiska przypadowego.“

*) Porównaj Blatteis: Uwagi nad leczeniem zdrojowo-kąpiel., podczas ciąży i miesiączki. Przegl. Lek. 1877. Winternitz *Hydrotherapie etc.* i *Med. Pr.* 1879, str. 151.

peryjodem zostawały w łóżku, z krzyżem wysoko podpartym, a ponieważ uczuciowe rozdrażnienie podobne wywołuje zmiany naczynioruchowe, jak natężenie fizyczne, przeto nakazuje bezwzględną spokojność umysłu.

Najprościejszym a doświadczonym środkiem jest zimno w formie mokrych okładów; daleko skuteczniejsze są nasiadki w wodzie 10cio stopniowéj przez pięć do dziesięciu minut. Jednakże ani jedno ani drugie nie wystarcza, zimno tylko wtedy skutkuje, gdy się używa worków lodem napełnionych, a nie ma grubych powłok między okładami a macicą. Kiedy niekiedy ale przemijająco można wkładać kawałki lodu aż niedaleko ujścia macicy, posiłkując się na przemian zimnemi lewatywami; długo lodu wkładać nie trzeba z obawy oddziaływania i następnego przekrwienia szyi maciczneéj; w uporczywszych razach przejść mogą pacyjentki do użycia wprost tamujących środków tak miejscowo jak i wewnętrznie. Autor przepisuje od ośmiu lat z niezmiennie zadowalającym skutkiem gałki, któro sobie pacyjentka sama wkładać może. Gałkę zrobioną z 6—9 kropli chlorku żelazowego, dwóch do trzech decigramów alunu i 2—3 grm. masła kakaowego *) wsuwa chora jak najwyżéj w pochwę i przytrzymuje czopem z waty, w celu zapobieżenia, ażeby rozpuszczone leki przedwcześnie nie wypłynęły. Przy niedokładném wykonaniu, gałka płytko zostająca nie tamuje upławów, a opalając błonę śluzową utrudnia dalsze leczenie, należy wyjaśnić to chorym; rzadko więcéj niż dwie gałki są potrzebne, aby przypady na wiele godzin uśmierzyć.

(Dokończenie nastąpi.)

Dr. Ultzmann: **Nerwice narządu moczo-płciowego u mężczyzn.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

B) Nerwice ruchowe narządu moczowego objawiają się jako kurcz, albo jako porażenie, najwybitniéj w męcherzu. Skurcz chwilowy w cewce m. zdarza się często u chorych, którzy w krótki czas po oddaniu moczu, uszedłszy kilka kroków, uczuwają mokro w spodniach. Pochodzi to ztąd, że włókna mięśni gładkich cewki m. skurczyły się przed zupełném odpłynięciem moczu z cewki m. przytrzymując niejako resztę ostatniego. Z ustaniem namienionego skurczu wylewa się mocz, uwięziony w cewce moczowéj.

Ważniejszém atoli cierpieniem, tutaj należącém, jest kurcz zdziergacza męcherza, objawiający się parciem na mocz a niemożnością oddania takowego bezzwłocznie, co wzmaga się niekiedy aż do zatrzymania moczu. Przyczyny upatrywać należy w chorobowéj zmianie przyprątnéj części cewki m., albo też samego stercza, przez co zwrotnie powstaje kurcz. Zmiany te chorobowe sprawia już to wiewiór cewki m. już też samogwałt. W pierwszym razie znajdujemy w moczu nitki wiewiórowe, w ostatnim zaś część przyprątną cewki moczowéj nader bolesną podczas badania zgłębnikiem a nawet krwawiącą, chociaż wiewióra nigdy nie było. Przyjąć więc należy w ostatnim razie przekrwienie i przeczulicę około i w samym wzgórku nasiennym, a nawet nieżytowe zapalenie błony śluzowéj tamże w połączeniu z nadżerkami.

Leczenie polega na pozostawieniu grubego, metalowego cewnika przez 5—10 minut w cewce m. Wprowadzamy mianowicie cewnik z wszelką ostrożnością i powoli, aż dojdziemy do przesmyku cewki m. pozostawiając tutaj cewnik przez chwilę działaniu jego własnego ciężaru, a następnie, uciskając nim bardzo lekko na część poprzedzającą uczuwamy, że nagle kurcz mięśnia ustąpił a cewnik z łatwością wszedł do męcherza. Wszelkie zboczenie od tego prawidła w zakładaniu cewnika utrudnia ostatnie, dając powód do ponownego silniejszego kurczu. W przypadkach nadżerków na błonie śl. leczymy za pomocą imacza *(porte-remède)*.

Częściéj zdarza się kurcz wypieraczy moczu *(spasmus detrusorum vesicae)* w połączeniu z częstém, po największéj części niebolesném parciem do oddania moczu. Zdarza się on już to obok cierpień mózgu i rdzenia pacierzowego, już też jako nerwica zwrotna w cierpieniach cewki moczowéj a mianowicie wzruszeniach umysłowych, w nasileniu układu nerwowego skutkiem pracy umysłowéj lub cielesnéj, po obfitém użyciu napitków, zawierających CO_2 i sole odpowiednie, skutkiem samogwałtu i nadużyć płciowych, które wywołują cierpienie wzgórka nasiennego, działające zwrotnie na wypieracza moczu, skutkiem cierpień odbytnicy, moczu kwaśnego, obfitującego w kw. moczowy.

Cierpienie to występuje nie tylko w dzień, ale także i w nocy, gdy chory czuwa. Mocz bywa zwykle przeźroczysty, jasno-żółty, zdarza się także alkaliczny a natenczas, jeżeli nie ma żadnych zmian chorobowych w nerkach, ani też sztucznie moczu nie zalkalizowano, mamy do czynienia z nerwicą wydzielniczą nerek. Mocz obojętny obok obojętnych fosforanów ziemnych ułatwia rozpoznanie nerwicy narządu moczo-płciowego a w szczególności kurczu mm. wypieraczy moczu. W danym razie znajdujemy w moczu nitki powiewiórowe, co nas jeszcze więcéj do rozpoznania namienionéj nerwicy skłania.

Leczenie jest przyczynowém; zalecamy zatém kąpiele zimne, morskie, podróż, chinin, żelazo, arsen, bromek potasu. W przypadkach zaś mających swą przyczynę w samogwałcie najlepiéj skutkuje obok ciepłych kąpiel i takichże lawatyw, zakładanie cewnika metalowego, zmienionego podług Ultzmanna.

Do ruchowych nerwic narządu moczowego należy także zupełne i niezupełne porażenie wypieraczy moczu. Przez ostatnie rozumiemy niemożność doszczętnego wypróżnienia męcherza, występującą w przewłocznych chorobach mózgu i rdzenia pacierzowego, przemijająco także w ostrych, z gorączką połączonych, w których i narząd nerwowy nagabnięty bywa. Inne przyczyny są: dłuższe zatrzymywanie moczu, samogwałt, zwężenie cewki moczowéj, przerost stercza, wiek podeszły.

Nerwica w mowie będąca polega albo na istotnéj zmianie chorobowéj włókien mięsnych (przerost, zwyrodnienia), albo jest samoistną nerwicą ruchową, różniącą się tém od niezupełnego porażenia żdziergacza męcherza, że w ostatniém cierpieniu już wcześnie pojawia się moczociek *(incontinentia urinae)* a nigdy zatrzymanie moczu, które niekiedy zdarza się w niezupełném porażeniu wypieraczy, gdy w skutek ucisku, wywieranego przez znaczną ilość moczu w męcherzu, stercz obrzmiewa. Chory, cierpiący niezupełne porażenie wypieraczy, nie jest w stanie oddać wszystkiego moczu; zazwyczaj wypuszczamy mu resztę moczu o słabym prądzie cewnikiem, doznając przy zakładaniu ostatniego znacznego oporu w szyjce męcherza, podczas, gdy w niezup. porażeniu żdziergacza cewnik niejako sam wpada do męcherza. Niekiedy zdarzają się razem obie zmiany, a wtenczas rozpoznanie bywa bardzo trudném.

*) Przez wzgląd na splamienie bielizny, można chlorek żelazowy wypuścić.

Mocz bywa prawidłowy, albo oddziaływa obojętnie lub słabo alkalicznie obok strącalnych fosforanów ziemnych; niekiedy zawiera cukier bez znaczenia przyczynowego. Chorzy uskarżają się na trudne i bolesne oddawanie moczu, który odchodzi najczęściéj jeśli nie kroplami, to bardzo słabym prądem jak deszcz z dachu. Jeśli niezupełne porażenie przechodzi w zupełne, to powstaje moczociek, z początku w nocy, późniéj stale a chorzy żalą się na uczucie pełności w podbrzuszu. Autor przystępując do podania sposobu leczenia w mowie będącéj nerwicy, uważa za niestósowne nazwy *incontinentia urinae, stranguria, ischuria*, gdyż takowe nie nazywają choroby, tylko odpowiedni przypad.

Leczenie niezupełnego porażenia męcherza jest różném, odnośnie do podanych wyżéj przyczyn. I tak, obok użycia nacierania okolicy męcherza *(massage)* i odpowiedniéj dyjety, gimnastyki, zmiany miejsca pobytu, zimnych kąpiel nasiadowych, elektryczności, chininu, wyciągu sporyszu i strychninu, radzi autor przedewszystkiém leczenie miejscowe, polegające na systematycznêm zakładaniu Nelatonowego cewnika, zalecając wykonywanie tego tylko wtenczas, gdy chory leży. Mimo to nie tai autor, że przy tém leczeniu występuje nieżyt męcherza, zapalenie miedniczki nerkowéj, miedniczki nerek, czasem ropienie w nerkach, nie pomijając także „*hyperaemia e vacuo*,“ przekrwienia, powstającego po wypróżnieniu męcherza z powodu niekurczliwości ścian jego, z następstwami, do których także ropne zapalenie nerek zaliczyć należy. Zmiany wymienione tłumaczy autor tém, że u cierpiących niezupełne porażenie męcherza, ostatni nigdy nie wypróżnia się doszczętnie, a ilość pozostającego w nim moczu wzmaga się po każdorazowém oddaniu moczu, wywołując groźne następstwa, nie tylko w skutek rozkładu moczu, pozostającego w męcherzu, ale także w skutek ciągłego ucisku tegoż na moczowody, które się rozszerzają a rozszerzanie to postępując ku górze upośledza czynność miedniczki nerkowéj i samychże nerek. Wszystkiego moczu nie należy tedy wypróżniać z męcherza za jedném posiedzeniem, ale stopniowo, gdyby zaś przypadkowo cała ilość wypuszczoną została naraz, to wprowadzić należy natychmiast około 100.00 wody fenilowéj 0·5% do męcherza. Chorzy nie powinni opuszczać łóżka, a takim, którzy się do tego polecenia stosują, wypuszcza się wszystek mocz i przepłukuje pęcherz powyższą wodą, któréj zostawia się po przepłukaniu około 100·00 w męcherzu, przez co zapobiega się bolesnemu niekiedy stykaniu się z sobą ścian męcherza, rozkładowi w nim moczu itd. W lżejszym stopniu choroby przepłukujemy raz na 24 godzin, w wyższym zaś 3 i więcéj razy. W celu doleczenia zalecamy chorym obojętne cieplice i elektryzowanie.

(Dokończenie nastąpi.)

B. Naunyn: **Przyczynek do nauki o kaszlu.**

Autor zauważył w dość licznych przypadkach, że chorzy podczas obmacywania śledziony lub wątroby kaszleli. Nawet lekkie tylko dotknięcie palcem pewnego ograniczonego miejsca powyższych narządów, wykluczające zdaniem autora wszelki pośredni ucisk na przeponę, wywoływało pomieniony objaw, i to u ludzi nie dotkniętych żadném zboczeniem w płucach. Dotknięcie to bywa najczęściéj bolesne, ale może być również zupełnie niebolesne. Jeśli autor kilka razy z rzędu w ten sposób wywoływał kaszel, to zwykle wrażliwość chorych na kilka minut ustawała, poczém znowu powyższe doświadczenie udawać się zwykło. N. objaw ten postrzegał u dorosłych i dzieci płci obojéj, zwłaszcza z obrzękiem śledziony durowym, zimniczym, białaczkowym, jak niemniéj skutkiem marskości wątroby; co się tyczy wątroby, to tylko dotykanie wątroby dotkniętéj śródmiąższowém zapaleniem z powiększeniem tegoż gruczołu wywoływało powyższy objaw. Autor przypuszcza pewne zmiany zapalne w torebkach śledziony lub wątroby, upatrując w takowych przyczynę téj wrażliwości. *(Deutsch. Arch. f. k. Med.* 23—4). *Dr. Smoleński.*

K. v. d. Velden: **O obecności i braku wolnego kwasu solnego w rozstrzeni żołądka.**

Autor używał w celu wykazania kwasu solnego w wypompowanéj treści żołądkowéj trzech różnych odczynników; mianowicie: metylanilin zmienia swą barwę fijołkową przy obecności kwasu solnego (a właściwie i innych kwasów nieorganicznych) na jasno niebieską, czerwony fuksyn staje się wodojasnym a żółty tropeolin czerwonym. Na podstawie licznych doświadczeń w tym kierunku dokonanych w klinice Kussmaula, autor dochodzi do następujących wniosków: We właściwych rozstrzeniach żołądka, polegających na zwątleniu błony mięsnéj, nie mogącéj przezwyciężyć mechanicznych zawad w okolicy odźwiernika, treść żołądkowa zazwyczaj zawiera kwas solny; jeżeli zaś brak takowego, natenczas pochodzi to albo skutkiem nieżytu żołądkowego, wywołanego lub przynajmniéj podsycanego przez nagromadzone pokarmy, już to skutkiem gorączki, już téż nareszcie skutkiem obecności nowotworu rakowego w żołądku. W pierwszym razie przez metodyczne przepłukiwanie żołądka i zachowanie stósownéj dyjety kwas solny w ciągu najdaléj dni 8 wykazać się daje, w drugim razie takowy pojawia się po ustąpieniu gorączki, a tylko w razie obecności raka żołądkowego wcale się nie pojawia.

Obecność lub brak kwasu solnego w treści żołądkowéj ma zatém wielką wartość rozpoznawczą w rozróżnieniu zwykłéj rozstrzeni żołądka od rozstrzeni wywołanéj nowotworem rakowym. *(D. Archiv f. klin. Med.* 23—4). *Dr. Smoleński.*

IV. Zbiór pism hippokratowy w świetle nowożytnéj krytyki.

Wyłożył na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. dnia 4 czerwca 1879

Prof. Dr. **Józef Oettinger.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

Księgę pierwszą, mniejszą według Galena, Littré miał z początku za zagubioną, przekonał się jednak następnie, że ją sam był już odkrył, gdyż jest nią odszukana księga o siedminach; gdy księgą drugą mniejszą o chorobach jest księga trzecia późniejszych wydań.

Pismo wreszcie mianowane przez Galena poprostu „o chorobach,“ jest owém, które my dziś pierwszém nazywamy.

W księdze większéj znajduje się dłuższy ustęp zgodny co do słowa z przytoczonym przez Galena wyjątkiem z pism Euryfonta, więc też całą tę księgę temuż autorowi przypisać się godzi, a zatém księgę drugą o chorobach i pismo o wewnętrznych cierpieniach wydań nowszych.

W tém dziele występują dobitnie zasady szkoły knidyj-

skiéj powyżéj skreślone, tu też napotykają się ślady spostrzeżeń przysłuchowych w chorobach piersiowych, mianowicie też zjawiska oddechu oskrzelowego i tarcia opłucnowego.

Księgi, które Galen przytacza jako mniejsze t. j. księga o siedminach i księga 3cia o chorobach naszych wydań, jest innèm, skróconém opracowaniem tego samego przedmiotu tj. patologii i terapii szczególnéj, z tą atoli jeszcze zmianą, że kierunek knidyjski mniéj jest wybitny i nie tak czysty, poprzeplatany nawet zasadami szkoły przeciwnéj koackiéj. Jest więc utworem eklektycznym stojącym w pośrodku pomiędzy 2ma szkołami a zmierzającym do ich pojednania.

Pismo mające tytuł o wzroku jest wyraźnie obiecane w dziele pod napisem o cierpieniach, którego niejako jest dopełnieniem; tego samego więc jest autora. Jest ono ułamkiem a do tego bardzo uszkodzonym i w niektórych miejscach sponiewieranym aż do zupełnéj niezrozumiałości. Mimo tego nadwerężenia zawiera ciekawe spostrzeżenia w najnowszych czasach świetnie sprawdzone. Między innemi trafne są uwagi o zapaleniu przewlocznèm ziarninowem powiek o t. zw. jaglicy i jéj leczeniu nacinaniem i przyżeganiem, które w przeszłém stuleciu Jugler nazwał *curatio crudelis et inepta*, a które dzisiaj odzyskało powszechne uznanie, jako jedynie zbawienne i rozumne.

Pismo pod tytułem: O chorobach zgoła, jest rodzajem patologii ogólnéj, objaśnionéj w końcu szczególnemi przykładami.

Klasa IV. zawiera pisma, które nie posiadają świadectwa, że od samego Hippokrata pochodzą, ale mają znamiona bliskiego z jego szkołą powinowactwa, będąc płodami jego następców, potomków i uczniów. Niektóre z nich odznaczają się godnemi uwagi właściwościami równie pod względem treści, jak i formy.

Co do pierwszéj, odstępują one o tyle od zasad hippokratycznych, iż przechylają się wyraźnie do dogmatyzmu zganionego tak surowo przez mistrza. Nie zdołając się utrzymać na stanowisku przez niego wskazaném, tj. na umiejętném doświadczeniu, opierają się na przypuszczeniach powziętych z góry o jednym lub kilku pierwiastkach i na nich za pomocą wywodu budowę naukową wznoszą.

Co się tyczy formy napotykamy pomiędzy niemi wytworne wykłady o szczególnych przedmiotach, podobne do publicznych odczytów akademicznych, przeznaczonych do nauczania i zaciekawiania zarazem. Były one u Ateńczyków w powszechnym zwyczaju pod nazwą Mów (Λόγος), któremi okraszali swoje zebrania towarzyskie a nawet biesiady. Przykład podobnego utworu podaje np. Plato w Faidrosie przytaczając wykład mowcy Lizyasza o miłości. W szczególności mieszczą się w tym dziale pisma następujące:

1) O wrzodach, właściwie ranach (περὶ ἑλκῶν, *de ulceribus)*, zawiera przepisy leczenia ran zakończone wielką liczbą zalecanych leków złożonych.

2) O cewach, właściwie cewkowrzodach (περὶ συρίγγων, *de fistulis)*, mowa w tém piśmie o cewkowrzodach jelita odchodowego, o jego zapaleniu i opadnieniu.

3) O krwawnicach (περὶ αἱμοῤῥοΐδων, *de haemorrhoidibus)*. Podaje sposoby leczenia krwawnic, wywodzonych od przewagi śluzu i żółci w jelicie odchodowém, przyżeganiem, wycinaniem i żżeradlami.

4) O świętéj czyli wielkiéj chorobie (περὶ ἱερῆς νούσου, *de morbo sacro)*. Należy do pism wyborniejszych. Staje ono w obronie dwóch ważnych zasad: raz, że wszelkie choroby a zatém i padaczka pochodzą z przyczyn naturalnych, że mylne jest przypuszczenie o bezpośrednim wpływie boskim czyli nadprzyrodzonym. Drugi raz, że mózg jest siedzibą władz umysłowych i uczucia a nie serce. Wyraźny też jest kierunek dogmatyczny oparty na 4ch pierwiastkach i ich głównych własnościach.

5) O powietrzu w ustroju ludzkim (περὶ φυσῶν vel πνευμάτων, *de flatibus)*. Jestto wykład dogmatyczny, taki wyżéj wzmiankowany Logos, który obral sobie za zadanie dowieść, że przyczyna chorób jest jedyna, a nią powietrze. Twierdzenie wprost przeciwne zasadzie Hippokrata a przez tegoż stanowczo potępione w księdze o dawném lekarstwie.

6) O okolicach ciała ludzkiego (περὶ τόπων τῶν κατ' ἄνθρωπον, *de locis in homine)*. Wspomniawszy o harmonijnym związku łączącym z sobą wszystkie sprawy ustroju, księga ta wskazuje potrzebę zapoznania się ze składem ciała, wylicza pokrótce główne jego narzędzia i przechodzi do skreślenia siedmiu toków, jako głównych przyczyn chorób, które spływają z głowy, jakoto: do nosa (sapka), do ucha (śluzotok uszny), do óczu (śluzotok oczny), do piersi, w których zrządza cierpienia płuc i opłucny, głównie suchoty; do rdzenia pacierzowego, gdzie wywołuje schnienie; w kręgach grzbietowych się sadowiąc sprawia puchlinę, a w biodrach obrzmienie stawów i chromanie.

Następuje znowu dodatek bez związku z rzeczą poprzednią o różnych zboczeniach miejscowych wyprzedzony ogólnemi uwagami o sztuce lekarskiéj, a w których jest wzmianka pochwycona przez Homojopatów na poparcie ich zasady, że chorobę może czasem wyleczyć to samo, co ją wywołało.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**,
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

List Iszy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37.)

Każdy z czytelników „Przeglądu“ wie niezawodnie, że obłąkanie moralne w nauce jest uznane, jakkolwiek zapatrywania się teoretyczne na tę chorobę i jéj nazwanie bywało i może być różne. We Francyi i w Anglii najpierw postrzeżono objawy jéj i podniesiono takowe do rzędu postaci odrębnéj. Historyja dzisiejszego pojęcia naszego o obłąkaniu moralném wzięła pierwszy swój początek od następującéj uwagi Pinela: „Czy może istnieć mania bez majaczeń? Możemy cenić pisma Lockego, a jednak wolno nam utrzymywać, że jego pojęcie o manii nie było dokładne, jeżeli uważa ją jako nierozłączną od majaczeń. Podobnie jak ten pisarz i ja sam myślałem, kiedy podjąłem moje poszukiwania w Bicêtre nad tą chorobą; lecz zdziwiłem się niemało, gdy poznałem kilku obłąkanych, którzy nigdy nieobjawiali żadnego zboczenia w inteligencyi, a którzy byli pod wpływem jakiegoś rodzaju szaleństwa instynktowego tak, jak gdyby same tylko władze uczuciowe chorowały“. Pinel podnosi, że w téj manii występuje nadzwyczajna zwięzłość wyobrażeń i bystrość sądu i dlatego to nazywa ją manią rozumującą, *manie* albo *folie raisonnante*, którą wyklucza z innych przypadków téj kategoryi pod osobném imieniem: szału bez majaczeń, *manie*

sans délire, jakby odpowiedź na powyżej przytoczone pytanie: czy może być manija bez majaczeń?

Jednakowoż powyższe uwagi Pinela, oparte na niewielu spostrzeżeniach w Bicêtre, tyle tylko sprawiły, że zwróciły uwagę na możliwość istnienia obłąkania w zachowaniu się, w postępkach chorego, bez widocznéj zmiany w jego inteligencyi. Dopiero Prichard właściwie dał nam (1835) dokładną definicyję obłąkania moralnego. Polega ona na zboczeniu chorobowém czucia naturalnego, uczuć, skłonności, temperamentu, popędów i nałogów, bez widocznego bezładu lub braków w pojmowaniu i rozumowaniu, nadewszystko bez jakichkolwiek omamów lub złudzeń. Podzielił on też w miarę tego, czy inteligencyja lub postępki i zachowanie się chorego podpadają obłąkaniu, wszystkie choroby psychiczne na przypadki obłąkania intelektualnego i obłąkania moralnego *(insanity intellectual and insanity moral).*

Podczas gdy w Anglii nauka Pricharda utrzymała się, a we Francyi przez Esquirola chociaż zmieniona była przyjęta na zasadzie postrzeżeń Pinela, w Niemczech nieznalazła przyjęcia, osobliwie zaś Pinela *manie sans délire.* Tu nie było dla niéj gruntu, gdzie we własnéj winie szukano początków obłąkania (Heinroth); gdzie wola uważaną była jako pierwiastek, który niemoże podlegać chorobie (Schroeder van der Kolk); gdzie nakoniec obłąkanie bez zboczenia w wyobrażeniach sprzeciwiałoby się teoryi Herbarta. Dopiero poszukiwania Morela przełamały opór i w Niemczech. Już Griesinger uznał przynajmniéj w etijologii twierdzenia Morela, Krafft-Ebing zaś i Schüle wcielili i wyłożyli znakomicie całą naukę o psychozach degeneracyjnych, do których obłąkanie moralne należy.

Przy dokładniejszém badaniu przypadków obłąkania moralnego nauczono się ostrzéj i gruntowniéj rozbierać inteligencyję chorych i przekonano się, że nie jest ona ani tak zupełną ani tak ścisłą, jak się z wejrzenia przedstawia niewprawnemu obserwatorowi. Ma ona wprawdzie cechę rozumowania, motywowania, usprawiedliwiania, lecz niema cechy przekonań, zasad, rozsądku zdrowego, czynnego i płodnego. Niedołęstwo moralne łączy się z niedołęstwem rozsądku, obłąkanie popędowe z inteligencyją czczą. A jeżeli w psychozach degeneracyjnych występuje jako zdolność intelektualna niezwykła, to kierunek jéj jest jednostronny i ograniczony.

Pozwoliłem sobie tych kilku słów z powodu ważności przedmiotu i przypadku sądowolekarskiego, powyżéj podanego. Dowodzi on, że „sędziowie w Austryi niewszędzie i może nie zawsze zadowalają się rozpoznaniem lekarskiém, nieprzywiązując wcale wagi do słów“, jak to szan. Przewodniczący Komisyi sądowolekarskiéj Tow. lek. krak. na posiedzeniu z 30 czerwca 1879, zapewne z delikatności, twierdził.

Z uwagi, że teoryja jeszcze dziś w Niemczech panująca, całą stronę moralną czyni zależną od strony umysłowéj w ściśłém tego słowa znaczeniu; z uwagi, że u nas nauka w ogólności ze źródeł głównie niemieckich pochodzi, byłoby może roztropnie w przypadkach obłąkania moralnego przedstawić sędziom na prowincyi słabość inteligencyi udowodnioną w życiu i postępkach badanego, w braku ambicyi osobistéj, w braku godności, szlachetności, prawowitości, celowości.

Dobrze, że w przypadku przytoczonym, prezydent trybunału światłe, lojalnie i energicznie sobie postąpił, że sprawa obchodziła rodzinę w kraju wielkie znaczenie i poważanie mającą; lecz w przypadkach mniéj na ostrzu postawionych, przy podobném usposobieniu sędziów względem zdania rzeczoznawców, sprawiedliwość i prawda byłyby niechybnie na szwank narażone [1]).

Na zakończenie tego listu wspomnę, że w rozmowie poufnéj z prof. Meynertem dowiedziałem się o jego *Lehrbuch der Psychiatrie,* które właśnie pojawić się ma w handlu księgarskim. Znajdziemy tam niezawodnie wiele samodzielnych i oryginalnych poglądów na podstawę anatomiczną chorób umysłowych, pomiędzy innemi tłumaczenie następujące różnicy anatomicznéj pomiędzy zadumą i szałem zwiastunowym, a samoistnym, który przemija i do zdrowia zupełnego prowadzi.

Niektórzy tłumaczyli przemijające napady zadumy i szału tém, że tylko naczynia kory mózgowéj mogły być w tych przypadkach chorobowo skurczone lub rozszerzone, albo że elementa nerwowe téj istoty szaréj tylko w lekkim stopniu były zajęte; gdy przeciwnie przypadki zadumy i szału, po których dalsze zmiany chorobowe w umyśle chorego zachodzą, wskazują na zmiany grubsze organiczne owych elementów nerwowych. Meynert wszelako tłumaczy tę rzecz odmiennie. Sądzi on, że w przypadkach zadumy i szału przemijającego uleczalnego zajęte są tylko drobne komórki istoty szaréj półkul mózgowych, podczas gdy w przypadkach, w których zaduma lub szał jest tylko zjawiskiem wstępném dalszych zmian postępujących, zajęte są przez proces chorobowy wielkie komórki mające związek z wyobrażeniami.

Książka wyposażona będzie cennemi rycinami.

Znakomite dzieło Schülego o chorobach umysłowych które wyszło w zbiorze Ziemssena, nieznalazło tu takiego przyjęcia, jakiego się spodziewałem. Niemcy widocznie lubią styl ciężki, myślenie powolne, systematyczne, chodzące po bitych gościńcach. Książka Schülego zaś nosi ślady wielkiego zapału do przedmiotu, zawiera wiele fermentu do dalszego myślenia i badania. *Ist kein Lehrbuch* powiadają. Bezwątpienia nie jest to elementarz psychijatryczny, ubrany w sztywne frazesy dogmatyczne, lecz wylanie szerokiéj i głębokiéj wiedzy ze swobodą słowa światłego i ciepłego [2]).

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Ze względu na przepisy ustawy prasowéj, według których „w peryjodycznem piśmie drukowém wszelkie sprostowanie udzielonych okoliczności na żądanie władzy lub stron interesowanych prywatnych musi być drukowane w najbliższym numerze“ (§. 19), a w tym samym numerze, w którym sprostowanie wydrukowano, nie wolno robić dodatków ani uwag nad treścią tego sprostowania (§. 22),—zamieszczamy dziś bez uwag i dosłownie pismo, które nasz doszło w d. 15 b. m.

[1]) Obawa szan. korespondenta jest przesadzoną; sądzimy przeciwnie, że w przypadkach „mniéj na ostrzu postawionych“ Sąd niérównie prędzéj zgodziłby się na orzeczenie znawców, a w tym przypadku właśnie, gdzie się rozchodziło o członka rodziny powszechnie znanéj w kraju, a więc i kwestyja majątkowa była nieobojętną, ostrożność ze strony Sądu podwójnie była wskazaną, aby badanemu przypadkiem nie stała się krzywda. W każdym razie przypadek ten nie przemawia za tém, jakoby Sąd u nas trzymał się słów, bo w danym przypadku szło o rozpoznanie, czy badany jest chorym na umyśle, lub nie. *Redakcyja.*

[2]) Szanując swobodę zdania umieszczamy bez zmiany sąd szan. korespondenta o dziele Schülego, jakkolwiek od chwili ukazania się onego całkiem przeciwnego jesteśmy zdania, a w przekonaniu, że Schüle rozminął się ze swojém zadaniem, utwierdziła nas ściśle naukowa krytyka prof. Westphala, umieszczona w *Archiv f. Psychiatrie. Redakcyja.*

Pismo to opiewa:

Szanowna Redakcyjo Przeglądu Lekarskiego!

Na mocy Ustawy drukowéj z dn. 17 grudnia 1862 r. D. P. P. N. 6 §. 19, 20, 21, 22, wzywa się Szanowną Redakcyję „Przeglądu lekarskiego“ do zamieszczenia w najbliższym Nrze wspomnionego czasopisma, następującego, na posiedzeniu c. k. komisyi zdrojowéj z dnia 14go września b. r. jednogłośnie uchwalonego sprostowania:

W „Przeglądzie Lekarskim“ (Nr. 36 z d. 6go września 1879) zamieszczono wiadomość niby o groźnéj epidemii tyfusu w Krynicy, tudzież jakoby tamtejsze Władze nic nie zarządziły, aby rzeczona epidemija niezagnieździła się na zawsze w Krynicy i nieroznIosła się po kraju. Ponieważ przeszło na 2600 osób przebywających podczas tego lata w Krynicy, tylko 4 były sporadyczne wypadki tyfusu, ponieważ jeszcze dnia 20 sierpnia br. (a zatém prawie na 3 tygodnie przed wydrukowaniem wspomnionego artykułu o wrzekoméj epidemii tyfusu w Krynicy) c. k. lekarz powiatowy Dr. Przybylski wraz z lekarzem zdrojowym Dr. Zieleniewskim i Inspektorem politycznym c. k. Radcą Namiestnictwa panem Olszańskim z polecenia wyższéj Władzy odbyli rewizyję dwóch domów, w których się tyfus pojawił i zarządzili co należało; przeto podana wiadomość w „Przeglądzie Lekarskim“ (Nr. 36) o epidemii tyfusu w Krynicy jest niezgodną z prawdą, publikowaną zaś jest, jak się zdaje, tendencyjnie na szkodę zakładu zdrojowego w Krynicy, albowiem ani obecnie ani nadal z owych 4 wypadków tyfusa żadne Krynicy i jéj gościom niezagraża niebezpieczeństwo.

Krynica dnia 14go września 1879.

c. k. komisyja zdrojowa

c. k. Starosta jako Przewodniczący

Lewartowski.

* Międzynarodowy Zjazd lekarski w Amsterdamie zagaił w d. 7 bm. prof. Donders świetną mową francuską o rozwoju fizyjologii. Wieczorem było przyjęcie uroczyste w ratuszu, gdzie na przywitanie Dondersa odpowiedzieli Zehender po niemiecku, Verneuil po francusku, a Sayre po angielsku. Następnego dnia prof. Becker z Heidelberga miał wykład o chorobach ocznych i umiejscowieniach w mózgu; trzeciego dnia mówił Lister o metodzie przeciwgnilnéj. Oklaskami rzęsistemi przywitany wykładał przez 2 godziny, a gdy zakończył, zgromadzenie podziękowało mu nieskończonemi oklaskami, prezes Zjazdu zaś prof. Donders odezwał się do niego w te słowa: „Oklaski te żywe są nietylko dowodem uszanowania, ale i wyrazem wdzięczności, którą Ci winna umiejętność i ludzkość“.

* W szkole weterynarskiéj w Monachijum urządzono klinikę oczną dla zwierząt domowych pod kierunkiem prof. Rothmunda i jego asystenta Dra Eversbuscha.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 18 września. *Casopis lekaruv ceskych* w ostatnim numerze zamieścił artykuł, w którym domaga się utworzenia w Pradze obok niemieckiego wydziału lekarskiego drugiego z językiem wykładowym czeskim, dodając, że trudność w obsadzaniu katedr dałaby się usunąć przez wezwanie do Pragi znakomitych lekarzy czeskich, wykładających na rozmaitych uniwersytetach w państwie austryjackiém i zagranicą. Rzecz naturalna, że Czesi, korzystając z ostatniéj zmiany politycznéj w Austryi, obecnie natarczywiéj aniżeli dotychczas domagają się uniwersytetu czeskiego, a zdaniem naszém, żądanie to jest całkiem uzasadnionem, bo trudno pojąć, dlaczegoby Czesi nie mieli uzyskać uniwersytetu, skoro uzyskali go już Słowianie południowi w Zagrzebiu. Prawda, że stanowisko Czechów pod tym względem o tyle jest trudniejszém, o ile niemogą domagać się wprost zaprowadzenia języka swego jako wykładowego w uniwersytecie praskim, ponieważ uniwersytet ten, najdawniejszy ze wszystkich w Europie środkowéj, od dawna jest niemieckim, a Niemcy w Czechach mieszkający w liczbie prawie równéj Czechom potrzebują go dla siebie. Ztąd też to pochodzi, że Czesi żądają utworzenia w Pradze drugiego uniwersytetu. Z powodu wspomnianego artykułu czasopisma czeskiego *W. med. Woch.* występuje zajadle przeciw zachciankom czeskim, posługując się motywami, w swoim czasie i przeciw innym narodowościom stósowanemi. Wycieczki te byłyby dla nas obojętnemi, bo rozumie się samo przez się, że sporu tak ważnego nie rozstrzygnie ani czasopismo czeskie ani niemieckie, i dlatego nie bylibyśmy zwrócili na nie uwagi, gdyby koleżanka nasza wiedeńska przy sposobności uderzenia na Czechów nie była uznała za stósowne gromić także Węgrów i nas. Otóż co pisze: „W obydwóch wydziałach lekarskich (w Budapeszcie i Krakowie) znajduje się kilka sił znakomitych, które dawniejszemi laty cieszyły się dobrą reputacyją, dopóki uważali jeszcze za zgodne z honorem swoim wykładać po niemiecku a ogłaszać prace swoje po niemiecku lub francusku; lecz uległy one zapomnieniu, odkąd, teroryzowane fanatyzmem narodowym, zmuszone zostały moralnie do tego, że uważają za obrazę swéj narodowości i swego języka narodowego, jeżeli w Krakowie po polsku, a w Budapeszcie po węgiersku nie wykładają, uczą i piszą; odtąd świat już ich nie zna, a literatura albo wcale nic o nich nie wie, albo wyjątkowo tylko się dowiaduje“ Przytoczyliśmy ten ustęp dosłownie, aby wykazać, do jakiego zaślepienia namiętność prowadzi. Koleżanka nasza zapomina, że się w Krakowie wykłada po polsku a w Budapeszcie po węgiersku na mocy ustaw a nie na podstawie czyichś pojęć o honorze, a mówiąc o „kilku siłach znakomitych,“ które cieszyły się dobrą reputacyją „dawniéj“ a obecnie są zapomniane, nie wymienia tych sił wcale; szkoda, boby się pokazało, że w Krakowie z profesorów, którzy nie tylko pisali ale wykładali jeszcze u nas po niemiecku, a obecnie wykładają po polsku, istnieje tylko jeden, a dziwnym zbiegiem okoliczności rozprawa jego drukuje się w tym samym numerze, w którym *W. med. Woch.* uważa za stósowne ronić łzy nad zapomnieniem, któremu uległy siły dawniejsze nasze, odkąd wykladają po polsku. A więc klątwy zapomnienia nie ustrzeże się żaden wykładający po polsku, nawet jeżeli pisze po niemiecku, i choć prace swoje umieszcza w *W. med. Woch?* Zapewne że się klątwy nie ustrzeże, — ale też nikt jéj się nie ulęknie! Pomimo znacznego rozwoju piśmiennictwa lekarskiego polskiego obecnie nierównie więcéj polaków pisze po niemiecku i po francusku aniżeli dawniéj, bo teraz mamy nie tylko kilku znakomitych pracowników, jak dawniéj, ale mamy cały szereg młodszych lekarzy, śmiało wstępujących w ślady znakomitych poprzedników; a pomimo, że piszemy po największéj części po polsku, zagranica dowiaduje się o naszych pracach nie tylko z rozmaitych sprawozdań rocznych, ale sama stara się o poznanie ich, jeżeli na to zasługują. Potwierdzenia słów naszych znajdzie każdy nie uprzedzony co chwila i na każdym kroku. Otóż, aby nie sięgnąć daleko, to właśnie w tym tygodniu dowiedzieliśmy się, że o pracy Dra Smoleńskiego, wyszłéj z kliniki prof. Korczyńskiego, a ogłoszonéj w Pamiętniku Tow. lek. warsz., umieścił sprawozdanie *Lancet* (w Numerze z d. 23 sierpnia), znaleźliśmy w ostatnim numerze jednego z tygodników wiedeńskich dokończenie wykładu prof. Rydla o symulacyi, umieszczonego w Przegl. Lek., a tłumaczonego na język niemiecki z własnéj inicyjatywy redakcyi, co przecież nie dowodzi, aby Niemcy tak bardzo nami gardzili. Nigdy nie spotykano się w dziełach i czasopismach zagranicznych z cytatami prac polskich tak często, jak teraz, co przecież także nie świadczy o puszczeniu w niepamięć prac autorów polaków. Pozwoli zatém szan. koleżanka wiedeńska, że pomimo jéj gromów świat lekarski inne ma i mieć będzie przekonanie o lekarzach polskich i niechaj już raz przestanie ubolewać nad naszym upadkiem, bo jesteśmy w tém szczęśliwém położeniu, że łez krokodylich nawet na pociechę nie potrzebujemy.

* Kol. Merunowicz ze Lwowa donosi nam, że uproszony przez kolegów warszawskich zebrał 96 podpisów przeznaczonych do przylepienia na adresie dla Kraszewskiego, oraz 130 złą., które zmienione na 105 rs., jeszcze dnia 6 b. m. przesłał do Warszawy.

* Według nadesłanych nam wykazów do d. 8 bm. bawiło w Cieplicach czeskich gości 10,956.

* **Warszawa** 17 września. Jutro odbędzie się wykład wstępny docenta chemii lekarskiéj Dr. med. Michała Szałfejewa, b. asystenta prof. chemii Borodina i docenta prywatnego w medyko-chirurg. akademii w Petersburgu.

Wkrótce odbędzie się jubileusz prof. Pirogowa; z tego powodu zbierają się już składki dla utworzenia stypendyjum jego imienia.

W Petersburgu z końcem roku ma się odbyć VI Zjazd ruskich przyrodników i lekarzy.

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. Gustaw Braun we Wiedniu otrzymał krzyż komandorski kr. bawarskiego orderu Michała. — Dr. Aufrecht, znany z prac swoich naukowych, mianowany został naczelnym lekarzem szpitala w Magdeburgu.— Prof. Neumann w Królewcu otrzymał order pruski czerwonego orła 4 kl., prof. Kupffer order korony pruskiéj 3 kl., prof. Wittich zaś tytuł tajnego radzcy lekarskiego. — Dr. Forel mianowany został prof. psychijatryi w Zurychu, a Dr. Otton Weller we Wiedniu dyrektorem zakładu St. Pirmineberg.

* **Nekrologija**. W Kabulu razem z całém poselstwem angielskiém poległ śmiercią bohatyrską i lekarz poselstwa Dr. Kelly. — W Filadelfii umarł Dr. Izak Hays, wydawca jednego z najpoważniejszych czasopism lekarskich amerykańskich, licząc lat 83.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich**:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 6—11 włącznie: Minkiewicza: Miejscowe znieczulenie za pomocą rozpylonego eteru (dok); Ziele-Tymowskiego: Nowy środek przeciw tasiemcowi; Nowaniewskiego: O ruchu i rozwoju Krynicy (c. d.); Nowakowskiego: Relacyja obdukcyjna w sprawie zamordowanéj Petrykowskiéj; Zielińskiego: Zastąpienie obturatorem wrodzonego braku podniebienia; Nowakowskiego: Stłuczenie głowy; Ołtuszewskiego: Zapalenie opon mózgo-rdzeniowych; Narkiewicza-Jodki: Ósme sprawozdanie z instytutu oftalmicznego; Kochańskiego: Urządzenia odnoszące się do grzebania ciał zmarłych, — W *Medycynie* Nr. 37: Sokołowskiego z Goerbersdorfu: Kazuistyka lekarska III. Uparty nieżyt przewl. żołądka. Leczenie mechaniczne, znakomita poprawa. — W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 18: Grabowskiego: Przegląd sposobów usuwania nieczystości z miast (dok.).

Piśmiennictwo lekarskie: SAIGNE. Etude sur la pleurésie qui survient dans le cours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. In-8. Paris. Delahaye. Fr. 2.

QUINQUAUD. Les Affections du foie. 1er fasc. In-8. Paris. Delahaye. Fr. 2½.

RENDU J. Revue de la clinique des maladies des femmes. Gr in-8. Paris. G. Masson Fr. 1.

ROHLFS Heinr. Die oriental. Pest. Eine histor. krit. Studie, gr. 8. Wien Urban et Schw. M. 1.

— Die Berechtigung d. Agitation gegen d. deutsche Impfgesetz. gr. 8. Leipzig. Hirschfeld. M. 50.

SIDLO THOM. Die Bacterien-, Impf- und Pest-Frage. 2 Vortrag. gr. 8 Wien, Toeplitz et D. M. 1. 20.

STATISTIK des Sanitätswesens der im Reichsrathe vertret. Königreiche u. Länder. Nach d. f. 1874 vorgelegten Berichten bearb. v. A. Killiches. Fol. Wien, Gerolds S. M. 11.

THAMHAYN O. Therapeut. Taschenbuch 8. Stuttgart, Enke. M. 4. —; geb. M. 4. 80.

VIARD J. S. De l'épilepsie d'origine syphilitique. In-8. Paris. Berthier. Fr. 3½.

VIETH P. Die Milchprüfungs-Methoden u. die Controle der Milch in Städten u. Sammelmolkereien. Mit Holzschn gr. 8. Bremen. Heinsius. M. 2. 50.

WECKER L. Chirurgie oculaire. Avec 82 fig. Gr. in-8. Paris, Doin. Fr. 8

WEIGERT C. Die Bright'sche Nierenerkrankung vom pathol.-anatom. Standpunkte. Lex.-8. Leipzig, Breitkopf et H. M. 1 50.

WINCKEL F. Die Pathol. der weibl. Sexual-Organe in Lichtdr.-Adbildgn. n. d. Natur in Orig.-Grösse, durch anat. u. klin. Erfahrgn. erläut. Lfg. 4. gr. 4. Leipzig, Hirzel. M. 4.

ALBERT E. Lehrbuch der Chirurgie u. Operationslehre. M. zahlr. Holzschn. 26 u. 27 Hft. gr. 8 Wien, Urban et Schw. à M 1.60

ALBRECHT H. Wie ernährt man ein neugeborenes Kind? M. 2 lith. Curventaf. gr. 16. Bern. Costenoble. M. 2

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. M. Z. w Krynicy: Artykułu o Krynicy przez szan. kolegę przesłanego nie umieszczamy, ponieważ już takowy gdzieindziéj (w *Wieku* warszawskim, a mianowicie w Nrze 202, z d. 13 bm.) dosłownie publikowany został. Znaną zaś jest szan. koledze zasada Przeglądu Lek. niedrukowania rzeczy już ogłoszonych. **Dr. R. w Dzikowie**: Wypuściliśmy tylko zapowiedź o Ultzmannie, ponieważ sprawozdanie z jego pracy już się drukuje. Resztę umieszczamy bez zmiany.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Państwo Wełdzirz rozpisuje konkurs na posadę lekarza Dra medycyny i chirurgii. Z posadą tą połączone są następujące dochody:

Roczna płaca w miesięcznych ratach z dołu złr. 720 aw. oraz pomieszkanie z opałem w Leopoldówce 3½ mili od miasta powiatowego Dolina oddalonéj. Za przejazdki do chorych skarbowych po za obrębem siedziby, przy użyciu skarbowéj fury opłaca skarb tytułem dyjet 3 złr. dziennie. Lekarz obowiązanym jest utrzymywać aptekę domową, a za wydawane z tejże lekarstwa przysłużą mu prawo pobierać taryfą apteczną objęte należytości. Ubiegający się o tę posadę winien się wykazać: iż włada językiem polskim i niemieckim. Bezżenni mają pierwszeństwo. Podania należy wnieść najpóźniéj do 15 października 1879 do Dyrekcyi dóbr Wełdzirza poczta Wełdzirz.

Bliższych wyjaśnień udziela z uprzejmości Wny Dr. Krzyształowicz lekarz powiatowy w Dolinie.

Od Dyrekcyi dóbr Wełdzirza.
Leopoldówka 10 września 1879.

Nakładem Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie wyszło dzieło p. t.:

Choroby serca i tętnic

w zarysie.

Przez Dra **O. WIDMANNA,**
Prymaryjusza oddziału chorób wewn. w szpit. powszech, we Lwowie

Cena 1 złr. 85 ct. Skład główny w księgarni S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie.

Poprzednio wyszły:

1) Dra P. GUTTMANNA. **Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brusznych.** Przekład dokonany pod kierunkiem Dra A. Kremera i Doc. Dra St. Pareńskiego.

2) Dra J. STEINERA. **Rys nauki o chorobach dzieci.** Przekład dokonany prd kierunkiem Prof. Dra M. L. Jakubowskiego i Prof. Dra J. Oettingera.

3) Dra A. JURASZA. **Laryngoskopija.** Dzieło ozdobione 43ma drzeworytami.

RUDOLF THÜRRIEGL

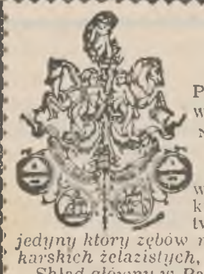
Fabrykant chirurgicznych narzędzi

WIEDEN

Alservorstadt am Glacis, Schwarzspanierhaus Nr. 5.

poleca się ze wszystkiemi tego rodzaju należącemi artykułami wedle **najnowszéj** konstrukcyi.

Dokładne cenniki przesyła na żądanie **darmo.**



ŻELAZO BRAVAIS

Przyjęte we (DIALYZOWANE ŻELAZO BRAVAIS) Zalecane przez wszystkich szpitalach. Przeciw wszystkich lekarzy.

NIEDOKRWISTOŚCI, BLADACZCE, BEZSILNOŚCI, OSŁABIENIU, BIAŁYM UPŁAWOM, ETC.

Żelazo Bravais (płyn żelazny w kroplach skoncentrowanych) jedyny środek całkowicie wolny od wszelkich kwasów, bez smaku i bez woni, niesprawiający ani zatwardzeń, ani rozwolnień, zapaleń lub osłabień żołądka; *jedyny ktory zębów nie czerni. — Najbardziej ekonomiczny ze srodkow lekarskich żelazistych, jeden bowiem flakon starczy na cały miesiąc.*

Skład główny w Paryżu: **Ulica Lafayette, 13** (w pobliżu W. Opery) *i we wszystkich aptekach.* — We Lwowie, w aptekach PP. Mikolascha i Krzyżanowskiego. — W Krakowie, w aptekach PP. Trauczyńskiego i Redyka. — W Czerniowcach, w aptece P. Golichowskiego. — W Warszawie, w aptece P. D-ra Heinricha i w składzie materyłów aptecznych P. Mrozowskiego.

Pomiędzy balneologicznemi skarbami leczniczemi jakie przyroda stworzyła dla ulgi cierpiącéj ludności zajmuje niezaprzeczenie **Woda gorzka Franciszka Józefa** wybitne miejsce. Znakomitości lekarskie europejskiéj sławy jak Profesorowie Bamberger, Drasche, Leidesdorf, Gerhardt, Kussmaul, Laube, Meynert, Gietl, Nussbaum, Scanzoni, Spiegelberg i wielu innych zalecają w orzeczeniach i wykładach klinicznych wodę gorzką Franciszka Józefa, która się tém różni od wszelkich innych znanych wód gorzkich, że już w małych dawkach obok przyjemnego smaku pewnie i łagodnie skutkuje i jest dla ustroju nawet po dłuższém użyciu najodpowiedniejszą. — Jeszcze w r. 1878 w podobny sposób orzekła Lekarska Akademija w Paryżu a na ostatniéj wystawie powszechnéj została ta wyszczególniająca się woda odznaczona. Aby się przed oszukaniem uchronić zaleca się zresztą żądać w Aptekach i handlach wyraźnie: **Wody gorzkiéj Franciszka Józefa.**

Zdania znakomitości lekarskich o

WODZIE GORZKIEJ FRANCISZKA JÓZEFA

według ogólnego uznania najskuteczniejsza ze wszystkich wód gorzkich.

Prof. Dr. Bamberger, Radzca dworu w Wiedniu: „Jest jedną z najsilniejszych wód gorzkich, która nawet przy dłuższym użyciu nie sprawia żadnych złych skutków“. Wiedeń 10 sierpnia 1877.

Prof. Dr. Gietl Tajny Radzca i król. Lekarz przyboczny w Mnichowie: „Oddaje we wszystkich przypadkach, w których wskazane jest użycie wód gorzkich wyborne usługi“. Mnichów 12 Marca 1879.

Prof. Dr. C. Gerhardt Tajny Radzca dworu w Würzburgu: „Wielokrotnie i zawsze z pewnym i dostatecznym skutkiem używana“. Würzburg 31 Stycznia 1879.

Prof. Dr. W. Leube w Erlandze: „Działa skutecznie i nie sprawia żadnych dolegliwości. Nawet w przypadkach gdzie ją podawano przy zadrażnieniu kiszek wodą tą osiągano niebolesny skutek“. Erlanga 26 Grudnia 1878.

Prof. Dr. Th. Meynert c. k. Radzca rządowy w Wiedniu: „Z powodu że można jéj używać w miernych dawkach i z powodu łagodnego skutku używa się jéj chętnie“. Wiedeń 13 Stycznia 1879.

Prof. Dr. Scanzoni Tajny Radzca w Würzburgu: „Skutek bez wyjątku nastaje szybko, pewnie i bez bólu“. Würzburg 26 Lipca 1877.

Składy znajdują się w **Krakowie** u W. Goldwassera, Antoniego Hawelki, J. Wentzla, w Aptece K. Wiszniewskiego i E. Radlera oraz we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych. Pisma o źródle itd. otrzymać można gratis za pośrednictwem Dyrekcyi rozselki w Buda Peszcie.

Przestrzega się wszystkich P. T. Panów Lekarzy przed zakupnem i ordynowaniem nieprawdziwéj zielonemi Vignetami opatrzonéj Wody gorzkiéj Franciszka Józefa.

APTEKA POD GWIAZDĄ

Konstantego Wiszniewskiego

w Krakowie.

Poleca skład wszelkich uprzywilejowanych środków lekarskich francuzkich, niemieckich i krajowych, jako to: PigułkiBlauda, Blankarda, Dehaut, Vallleta, Seehofera, Wino Bugeaud, Wino Cocca Quina, La Roche oraz **Wino Chinowe** własnego wyrobu, Syrupy: Forgeta, Churchilla, Gleichenbergski, Styryjski, Wapienny Chrzanowo-Jodowy, Chinowy itd. Kapsułki Elastyczne napełnione olejkiem rącznikowym, terpentyną, kopajwą, tranem, Matiko, ekstraktem z paproci oraz smołą Gujota; Pastelki: Sałatowe, Videy, Billinskie Detana, także własnego wyrobu. **Essencyję Pepsinową Liebreicha,** Pepsinę z Roztoku, Pepton żelazisty i Pepton Sandersa.

Również przybory do **oprawy Thierscha i Listera** także bandaże i paski rupturowe; dalej wyroby gummowe: Katetery, bugie dreny, poduszki, worki na lód, płutno kauczukowe, **Zeisla najnowsze suspensoryja,** rozpylacze tak kauczukowe jakoteż i blaszane, wstrzykawki Pravaza, klizopomy rozmaite i przyrząd **Hegara** dalej **skład wszelkich wód mineralnych tak zagranicznych jakoteż krajowych** i soli do kąpiel.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Igu Stelcla.

Przeglad Lekarski wychodzi co sobota w objętosci średniej półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rekopismy zwracaja sie tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi.		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6

Kraków, 27 września 1879. № 39. Rok XVIII.

I. Trucizny pot wywołujące.

Podał prof. **F. Nawrocki** w Warszawie.

Wyjaśnienie sposobu, w jaki rozmaite trucizny sprowadzają wydzielenie potu, budzi interes zarówno lekarza praktyka, jak teoretyka fizyjologa. Pierwszy pragnie w danym razie najodpowiedniejszy środek zastósować, drugi stara się utwierdzić w prawdziwości wyników, otrzymanych za pomocą wiwisekcyj, tém więcéj, że trucizny, działając na pewne części ustroju nerwowego, pozwalają wykonać doświadczenie bez uprzednich, nieraz bardzo skomplikowanych operacyj. Zajęty od lat kilku badaniem wpływu nerwów na wydzielanie potu (*Medycyna*, 1877, V. Nr. 46 i 1878, VI. Nr. 39), próbowałem rozmaite trucizny, które wprowadzone w organizm wedle podania lekarzy praktycznych miały wzbudzać poty; z tych trucizn do dalszych doświadczeń wybrałem najdogodniejsze, mianowicie: octan ammonowy, fizostigmin, nikotyn, pikrotoksyn, pilokarpin i muskaryn [1]).

Ponieważ wydzielenie potu może nastąpić albo w skutek pobudzenia ośrodka potowego, albo też w skutek podrażnienia obwodowych zakończeń nerwów potowych, to i przy badaniu trucizn wzbudzających poty przedewszystkiém winniśmy rozstrzygnąć pytanie, czy dana trucizna podziałała na ośrodek, lub też na obwodowe zakończenia nerwów potowych.

Lecz zobaczmy wpierw, do jakich rezultatów pod tym względem doszli inni autorowie.

A. Trucizny działające na ośrodek potowy.

B. Luchsinger (*Pflügers Archiv* 1877, XV. str. 484) utrzymuje, że nikotyn, i fizostigmin drażnią ośrodki potowe, lecz ponieważ w niektórych przypadkach po zadaniu nikotynu widział, aczkolwiek słabe, wydzielenie potu na odnodze, któréj nerw kulszowy był przecięty; wstrzykując zaś fizostigmin bezpośrednio pod skórę nogi operowanéj, stale (*regelmässig*) obserwował słabe wydzielenie potu, dlatego przychodzi do wniosku, że po wprowadzeniu wymienionych trucizn w organizm, obok słabego obwodowego występuje silne ośrodkowe podrażnienie. Prof. Marmé (*Nachrichten der Göttinger Gesellschaft der Wissenschaften* 1878 Nr. 3), który podziela moje zdanie co do umiejscowienia ośrodka nerwów potowych, badał wpływ kamfory i *Liquoris Ammonii acetici* na wydzielanie potu. Gdy u zupełnie zdrowych zwierząt wstrzyknął podskórnie kamforę rozpuszczoną w oliwie lub *Liquor Ammonii acetici* (l. c. str. 106), pot pojawił się na wszystkich czterech odnogach; jeżeli uprzednio po jednéj stronie przeciął nerw kulszowy, to po wprowadzeniu podskórném wymienionych trucizn zauważył wydzielenie potu li tylko na zdrowych odnogach. Nadto Marmé przekonał się, że u kotów, którym przeciął rdzeń pacierzowy w wysokości 9go kręgu grzbietowego, za pomocą podskórnego wstrzykiwania kamfory nie mógł wywołać potu na odnogach tylnych (l. c. str. 108). Jeżeli zaś rdzeń był przecięty na 1ym kręgu grzbietowym, to kamfora nie wywoływała potu ani na przednich ani na tylnych odnogach (l. c. str. 110). Opierając się na tych doświadczeniach Marmé utrzymuje, że kamfora wywołuje poty, drażniąc ośrodek potowy, znajdujący się w rdzeniu przedłużonym.

B. Luchsinger (*Pflügers Archiv* 1878, XVI. str. 538) zwrócił uwagę na pikrotoksyn, jako na środek, za pomocą którego skeptycy mogą się przekonać o istnieniu ośrodków nerwowych w rdzeniu pacierzowym. W tym celu wykonał następujące doświadczenie: wprowadził rurkę do tchawicy kota, urządził sztuczne oddychanie, przeciął rdzeń na wysokości 1go kręgu szyjowego (Atlas) i jeden nerw kulszowy, wreszcie zatruł zwierzę kilku cc. 0,2% roczczynu pikrotoksynu. Po upływie kilku minut pojawiły się drgawki, jednocześnie wystąpił obfity pot na trzech zdrowych odnogach, tylko operowana pozostała zupełnie suchą.

Liczne doświadczenia, mające na celu zbadanie wpływu nerwów na wydzielanie potu, przekonały mnie, że prawdopodobną przyczyną niezgodnych wyników jest to, że badacze zajmujący się tym przedmiotem zwykle ograniczali się

[1]) Wiadomość o muskarynie podam w osobnym artykule.

do małéj liczby doświadczeń i dlatego nie zwrócili uwagi na rozmaite okoliczności, których uwzględnienie jest niezbędnym warunkiem do otrzymania ścisłych rezultatów. Najprzód należy się przekonać, czy zwierzę, które zamierzamy użyć do doświadczenia, poci się prawidłowo: „albowiem (*Medycyna* 1878, VI. Nr. 39) u kotów podobnie jak u ludzi wydzielanie potu podlega często dziwnym wahaniom. Zauważyłem, że raz pocą się wyłącznie przednie, drugi raz wyłącznie tylne odnogi, raz spostrzegłem wydzielanie potu li tylko po prawéj stronie, w innym znów przypadku pot wydzielał się jedynie na lewéj przedniéj odnodze; wreszcie różnice w ilości potu wydzielanego przez pojedyncze odnogi spotykamy dość często".

Powtóre należy uniemożebnić ruchy dowolne zwierzęcia. Każdy prawidłowo pocący się kot po przywiązaniu do deski wiwisekcyjnéj jest pokryty obfitym potem; jeśli osuszymy łapy, wkrótce nowe krople potu się pojawiają, i tylko w wyjątkowych razach pozostają one przez kilka minut suchemi. Nie będziemy bliżéj rozbierać pytania, czy pocenie w tym razie zależy od strachu *(Luchsinger)* lub też od szamotania się zwierzęcia; zresztą zwierzę, choćby najspokojniejsze, przy wprowadzeniu rurki w żyłę szyjową i rozpoczęciu wstrzykiwania okazuje swe niezadowolenie mniéj lub więcéj silnemi ruchami odpornemi; a w takim razie trudno zaiste rozstrzygnąć, ażali pojawienie się potu jest wynikiem szamotania się zwierzęcia, lub też nastąpiło w skutek wprowadzenia trucizny w organizm. Przekonawszy się, że kurara nie niszczy pobudzalności nerwów potowych, doświadczenia swoje wykonywałem prawie wyłącznie na zwierzętach słabo zatrutych kurarą.

Po trzecie badając działanie trucizn, należy je, rozpuszczone w małéj ilości wody, wstrzykiwać bezpośrednio w naczynie krwionośne. Nie mogę pojąć, dlaczego niektórzy badacze (Luchsinger, Marmé) przy swych doświadczeniach z pewnem zamiłowaniem wstrzykują trucizny podskórnie; przecież znanym jest fakt, dawno przez Kl. Bernarda dowiedziony, że działanie zależy od ilości trucizny, jaka w danym czasie we krwi się znajduje; czyż przy podskórnem wstrzykiwaniu, w którem raz płyn może wprost wniknąć w zranione małe naczynie krwionośne, drugi raz pozostaje w tkance podskórnéj, możemy ocenić, jak szybko wessanie nastąpiło, a gdy nadto zwrócimy uwagę na tę okoliczność, że skoro trucizna dostała się do krwi, to natychmiast rozpoczyna się jéj wydalanie (z organizmu) za pomocą rozmaitych organów, czyż możemy przy takiéj manipulacyi ocenić, jakiéj przy następnem doświadczeniu trzeba użyć dawki, by żądany otrzymać skutek. Dlatego przy mych doświadczeniach trucizny wstrzykiwałem bezpośrednio w naczynie krwionośne, głównie w żyłę szyjową *(v. jugularis)*. Wybrałem zaś: *Ammonium aceticum*, fizostigmin, nikotyn i pikrotoksyn dla tego, że trucizny te wprowadzone w organizm zwierzęcia, bardzo szybko sprowadzają wydzielanie potu.

I. *Ammonium aceticum*, rozczyn 10%.

1) 18/1 1879. Silnie pocącego się kota zatrułem kurarą i przeciąłem rdzeń pacierzowy na 1ym kręgu szyjowym. Łapy po obtarciu pozostały suchemi. O 1éj godzinie 25 minut wstrzyknąłem 0·3 gram. *Ammonii acetici*; o 1 godzinie 30 minut wszystkie łapy były suche i takiemi nadal pozostały.

2) 18/1 1879. Pocącego się kota zatrułem kurarą; o 1 godzinie 50 minut obtarłem starannie łapy. Do 2 godziny 2 minuty łapy pozostały suchemi; wstrzyknąłem 0·3 grm. *Ammonii acetici*. O 2 godz. 3 min. wszystkie łapy pokryły się obfitym potem.

II. *Physostigminum sulphuricum.*

Z kupnego t. z. *Physostigminum sulphuricum*, które w wodzie się rozpuszczało i dawało ciemno-czerwony rozczyn, przygotowałem czysty alkaloid wedle metody Harnacka i Witkowskiego (*Archiv für experimentelle Pathologie* etc. 1876, V. str. 403). Wodny rozczyn przesyciłem węglanem sody i kłóciłem z eterem siarkowym. Eter za pomocą pipety oddzieliłem, dodałem kwasu siarkowego aż do słabo-kwaśnego odczynu i kłóciłem z wodą; po oddaleniu czystego eteru przesyciłem wodny rozczyn ponownie węglanem sody i kłóciłem ze świeżą ilością eteru, słabo-żółty zabarwiony eter oddzieliłem za pomocą pipety, przesączyłem i wyparowałem przy temperaturze pokoju. Otrzymałem żółto-czerwony proszek, który w wodzie rozpuściłem, dodając małą ilość rozcieńczonego kwasu siarkowego. Słabo-żółty (do rozczynu chlorku złota podobny) rozczyn zawierał w 100 1 mg. fizostygminu czystego.

1) 24/8 1878. Silnie pocącego się kota zatrułem kurarą; przeciąłem rdzeń na 1ym kręgu szyjowym i n. kulszowy lewy. Łapy osuszyłem. O 12 godz. 35 min. wstrzyknąłem 4 mg. fizostygminu; do 12 godz. 45 min. łapy pozostały suchemi. Drażniłem n. kulszowy lewy strumieniami indukcyjnemi (przyrząd du Bois-Reymonda a w połączeniu z jednym elementem Stöhrera) przy 90 mm. odległości bobin; po upływie 1 minuty tylna lewa łapa pokryła się licznemi kroplami potu.

2) 24/8 1878. Kota, u którego przednie łapy silnie się pociły, zatrułem kurarą i przeciąłem n. kulszowy prawy. O 10 godz. 29 m. obtarłem łapy starannie; do 10 godz. 37 min. nie było wydzielenia potu. O 10 godz. 38 min. wstrzyknąłem 4 mg. fizostygminu, o 10 godz. 39 min. obie przednie i lewa tylna łapa pokryły się licznemi kroplami potu; skoro obtarłem łapy, natychmiast nowe krople potu występowały. O 10 godz. 52 min. to samo, tylko prawa tylna łapa pozostała suchą.

III. Nikotyn.

1) 21/8 1878. Mocno pocącego się kota zatrułem kurarą; przeciąłem rdzeń kręgowy na 1ym kręgu szyjowym i n. kulszowy prawy. Wydzielanie potu ustało. O 11 godz. 29 min. wstrzyknąłem 1 kroplę nikotynu (rozpuszczoną w 2 cc. wody); ogólne drgawki, wystąpiła bardzo mała ilość potu na obydwóch przednich i lewéj tylnéj łapie. Po obtarciu nowe krople potu więcéj nie występują; łapy pozostają suchemi do 11 godz. 40 min. O 11 godz. 43 min. wstrzymałem oddychanie w przeciągu 2 minut; pomimo ogólnych drgawek pot się nie pojawił. O 11 godz. 50 min. wstrzyknąłem 1 kroplę nikotynu; kloniczne drgawki w lewéj tylnéj odnodze; do 11 godz. 57 min. nie pojawiła się ani jedna kropla potu.

2) 21/8 1878. Mocno pocącego się kota zatrułem kurarą i przeciąłem n. kulszowy lewy. Łapy pozostały suchemi. O 1 godz. 7 min. wstrzyknąłem 1 kroplę nikotynu. O 1 godz. 8 m. pokryły się potem obie przednie i prawa tylna łapa. Ilekroć obtarłem wymienione 4 łapy, natychmiast nowe krople potu się pojawiały, lewa tylna łapa pozostała suchą.

IV. Pikrotoksyn 0,2% rozczyn.

1) 3/9 1878. U kota średniéj wielkości przeciąłem o 2 godz. 35 min. rdzeń kręgowy na 9ym kręgu grzbietowym i ranę zaszyłem. 7/9 o 10 godz. 30 min. wsunąłem rurkę w tchawicę i obtarłem pocące się przednie łapy. Do 10 godz. 40 min. wszystkie łapy pozostały suchemi; wstrzymałem oddychanie. Drgawki, przednie łapy pocą się, tylne pozostają suchemi. O 10 godz. 50 m. wstrzyknąłem w żyłę szyjową

0·04 gr. pikrotoksynu; przednie łapy pocą się, tylne pozostają suchemi. O 11 godz. tenże sam rezultat.

2) 6/9 1878. U kota średniéj wielkości o 11 godz. 30 min. przeciąłem rdzeń kręgowy na 8 kręgu grzbietowym i ranę zaszyłem. 7/9 o 12 godz. 30 min. osuszyłem pocące się przednie łapy i przeciąłem n. kulszowy prawy. Ponieważ łapy pozostały suchemi, wstrzyknąłem o 12 godz. 57 min. 0·04 gr. pikrotoksynu w żyłę szyjową. O 12 godz. 58 min. pomimo silnych drgawek lewa tylna łapa pozostała suchą, podczas gdy przednie łapy mocno się pociły. O 1 godz. 3 min. drażniłem obwodowy odcinek n. kulszowego prawego strumieniami indukcyjnemi, przy 60 mm. odległości bobin w przeciągu 1éj minuty, prawa tylna łapa pokryła się licznemi kroplami potu. O 1 godz, 5. min. mimo silnych drgawek lewa tylna łapa pozostała suchą; przednie łapy silnie się pociły.

3) 11/2 1879. Pocącego się kota zatrułem kurarą, przeciąłem rdzeń kręgowy na 3cim kręgu szyjowym i nerw kulszowy prawy. O 12 godz. osuszyłem łapy. O 12 godz. 7 min. wstrzyknąłem w żyłę szyjową 0·04 pikrotoksynu. O 12 godz. 10 min. pojawiły się drgawki, nie ma wydzielenia potu; łzy i ślina płyną obficie. O 12 godz. 15 min. pomimo silnych drgawek pot się nie pojawia; obfite wydzielanie łez i śliny.

4) 22/1 1879. Małego, na wszystkich czterech łapach silnie pocącego się kota zatrułem słabo kurarą i przeciąłem rdzeń na 1ym kręgu szyjowym. O 2 godz. 6 min. wstrzyknąłem w żyłę szyjową 0·04 gram. pikrotoksynu. O 2 godz. 13 min. pomimo silnych drgawek wszystkie łapy pozostają suchemi. O 2 godz. 15 min. wstrzyknięto ponownie 0·04 pikrotoksynu. O 12 godz. 20 min. drgawki bezustanne, lecz łapy pozostają suchemi. Obfite wydzielenie łez i śliny.

5) 12/2 1879. U pocącego się, kurarą zatrutego kota przeciąłem rdzeń kręgowy na 1ym kręgu szyjowym i nerw kulszowy lewy. O 12 g. 15 min. osuszyłem łapy. O 12 godz. 20½ m. wstrzyknąłem w żyłę szyjową 0·04 gram. pikrotoksynu. O 12 godz. 26 min. nie było potu; łzy i ślina płynęły. O 12 godz. 27 min. wstrzyknąłem w żyłę szyjową 0·01 pikrotoksynu. O 12 godz. 28 min. wystąpił pot na wszystkich czterech łapach; o 12 godz. 29 min. wszystkie łapy były pokryte obfitym potem.

6) 12/2 1879. Pocącego się kota zatrułem kurarą i przeciąłem n. kulszowy prawy. O 1 godz. 37 min. osuszyłem łapy. O 1 godz. 42 min. łapy były suche. O 1 godz. 44 min. wstrzyknąłem w żyłę szyjową 0·04 gram. pikrotoksynu. O 1 godz. 46 min. pokazały się krople potu na obu przednich i na lewéj tylnéj łapie. O 1 godz. 47 min. trzy wymienione łapy były pokryte obfitym potem, znaczne wydzielanie łez i śliny, tylko prawa tylna łapa pozostała suchą.

7) 22/1 1879. Małego, słabo pocącego się kota zatrułem kurarą i przeciąłem n. kulszowy prawy. O 12 godz. 15 min. osuszyłem łapy. O 12 godz. 21 min. łapy były suche. O 12 godz. 23 m. wstrzyknąłem w żyłę szyjową 0·04 gram. pikrotoksynu. O 12 godz. 25 m. obie przednie i tylna lewa łapa pokryły się kroplami potu, łzy i ślina płynęły obficie; tylko prawa tylna łapa pozostała suchą.

8) 22/1 1879. Małego, nie pocącego się kota, słabo zatrułem kurarą. O 1 godz. wstrzyknąłem w żyłę szyjną 0·04 pikrotoksynu; wystąpiły słabe drgawki. O 1 godz. 4 min. wszystkie cztery odnogi były pokryte obfitym potem. Po osuszeniu pojawiały się natychmiast nowe krople potu. Obfite wydzielanie łez i śliny.

Doświadczenia te dowodzą, że wymienione trucizny działają na ośrodek nerwów potowych; a ponieważ po przecięciu rdzenia na 1ym kręgu szyjowym pot pod ich wpływem więcéj się nie wydziela, to ta okoliczność przemawia za tém, że ośrodek nerwowy znajduje się wyżéj, tj. w rdzeniu przedłużonym (ja, Marmé), a nie w rdzeniu kręgowym (Luchsinger).

Do porównawczych doświadczeń (z przecięciem i bez przecięcia rdzenia kręgowego) wybierałem o ile możności podobne do siebie koty, często pochodzące od jednéj matki, karmiłem je jednakowo, doświadczenia robiłem śród tychże samych warunków, niemal jednocześnie. Jakkolwiek ostrożnie przecinałem rdzeń kręgowy, tak że zwierzęta wkrótce przychodziły do siebie, to wszelako pomny na zarzuty Luchsingera, że wskutek przecięcia *(Chocwirkung)* ośrodki rdzeniowe mogły utracić swą pobudliwość, pozostawiałem zwierzęta na kilka dni przy życiu i dopiero wtedy przystępowałem do doświadczenia, lecz zawsze dochodziłem do tychże samych wyników.

Wspomniałem już, że należy uniemożebnić ruchy zwierzęcia; 1sze doświadczenie z nikotynem dowodzi, jak trzeba być ostrożnym z wnioskowaniem, jeżeli przy wystąpieniu drgawek jednocześnie pojawi się na łapach mała ilość potu: jest to pot pozostały w przewodach, którego pomimo starannego gniecenia i obcierania łap nie byliśmy w stanie od razu usunąć. Gdym osuszył łapy, to nawet przy bardzo silnych ogólnych drgawkach pot więcéj się nie pojawił. Luchsinger tymczasem w swojém doświadczeniu kładzie nacisk na wystąpienie ogólnych drgawek i nie mówi nic o tém, czy po osuszeniu łap świeże krople potu się pojawiły (cf. jego doświadczenie str. 5).

Luchsinger *(Pflügers Archiv XVI. Nachschrift* str 541 sq.) wyraża swe zdziwienie, że nie byłem w stanie przekonać się o istnieniu ośrodków potowych w rdzeniu kręgowym (że Marmé doszedł do tych samych rezultatów co ja, Luchsinger nigdzie nie wspomina); zarzuca mi, że zwierzęta wystawiałem na działanie ciepłoty 47° a nie 70° C., że za krótko wstrzymywałem oddychanie itd., wreszcie podaje swe główne doświadczenie z pikrotoksynem, które wedle jego zdania usuwa wszelkie wątpliwości *(Damit dürften auch jene negativen Angaben Nawrockis meinen zahlreichen positiven Befunden gegenüber jegliche Schlusskraft verlieren).* Uznając jedynie krytykę eksperymentalną, wykonałem z pikrotoksynem liczne doświadczenia przy najrozmaitszych warunkach, lecz ani razu nie zdołałem obserwować zjawisk opisanych przez Luchsingera. Przeciwnie pikrotoksyn jeszcze więcéj utwierdził mnie w przekonaniu, że ośrodek potowy znajduje się w rdzeniu przedłużonym, a nie w rdzeniu kręgowym.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Oceny i sprawozdania.

Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde. Medizinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Aerzte, unter Mitwirkung der Herrn ..... herausgegeben von Dr. Albert Eulenburg, mit zahlreichen Jllustrationen. Wien 1880. Urban et Schwarzenberg.

W ostatnich kilku dziesiątkach lat prócz obszernych słowników czyli encyklopedyj, obejmujących cały zakres wiedzy ludzkiéj, zaczęto wydawać wielotomowe słowniki poświęcone

pojedyńczym gałęziom nauki i wiedzy, jak encyklopedyje rolnicze, techniczne, geograficzno-statystyczne. bijograficzne, nauk przyrodniczych itd. Do tego rodzaju publikacyj należy słownik lekarski, którego tytuł na czele przytoczyliśmy, mający objąć cały zakres nauk lekarskich.

Pierwszy zeszyt złożony z 5 arkuszy (str. 1 — 90) prócz obszernego wstępu napisanego przez wydawcę Dr. A. Eulenburga, profesora Uniw. w Gryfii, zawierającego krytyczny pogląd na tego rodzaju wydawnictwa, jakie się pojawiły w ciągu bieżącego stulecia w Niemczech i we Francyi, oraz wiadomości o planie i zadaniu ostatniego, mieści tymczasowy wykaz przeszło 300 artykułów, które pod literą A. mają być omówione, wykaz współpracowników zawierający 90 nazwisk po większéj części znanych profesorów i docentów uniwersyteckich, specyjalistów w różnych gałęziach nauki lekarskiéj, między którymi z Polaków znajdujemy: Dra Adamkiewicza (chemija lekarska), Dra Blumenstoka (medycyna sądowa), oraz wiedeńskiego docenta Dra Hofmokla (chirurgija). Daléj zamieszczono artykuły w porządku abecadłowym od *Aachen* do *Accommodation*. Obszerniéj wypracowane są artykuły: *Aachen* (Lersch), *Abdominaltyphus* (Zuelzer), *Abführmittel* (Lewin), *Abortus* (Kleinwächter i Hofmann), *Abscess* (Albert), *Acarus* (Landois), oraz początek artykułu *Accomodation* (Schmidt-Rimpler). Wszystkie artykuły są opracowane starannie, odznaczają się atoli między niemi trzy zwłaszcza: *Abscess* przez prof. Alberta (str. 58 — 65), *Abortus* przez prof. Kleinwächtera pod względem rozpoznawczym i leczniczym (str. 40 — 58) a przez prof. Hofmana pod względem sądowo-lekarskim (str. 58 — 65), a zwłaszcza obszerny artykuł *Abdominaltyphus* przez Zuelzera będący obszerną monografiją zajmującą 31 stronnic (11 — 42) drobnego druku.

Ponieważ jak się spodziewać należy i dalsze zeszyty będą również starannie opracowane, encyklopedyja będzie bardzo pożądanym podręcznikiem dla każdego lekarza, zwłaszcza zamieszkałego na prowincyi, gdzie nie ma do rozporządzenia zasobniejszych księgozbiorów, a wydawnictwo takie zasługuje na wszelkie poparcie. Całość ma objąć 10 tomów po 45 — 50 arkuszy, które wyjdą w ciągu 3 — 4 lat w zeszytach 4 — 5 arkuszowych, jakich 2 — 3 miesięcznie będą wydane. Cena 90 kr. (1 mk. 50 fen.) za zeszyt pięcioarkuszowy w 8ce większéj drobnym drukiem, na pięknym papierze, wcale nie jest wygórowaną, całość będzie kosztować około 90 fl. w. a. Dokładne i starannie wykonane drzeworyty, jakich do art. *Abdominaltyphus* dodano dziewięć, przedstawiające zmiany anatomo-patologiczne w jelitach, przyrządy lekarskie oraz wykreślenia graficzne zmian ciepłoty, ilości moczu itd., przyczyniają się do jasności i uzmysłowienia wykładu. Oczekujemy dalszego ciągu tego pożytecznego wydawnictwa. *Dr. Ściborowski.*

Dr. Ultzmann: **Nerwice narządu moczo-płciowego u mężczyzn.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 38.)

Wreszcie należy tu moczociek zwany „*enuresis*," pojawiający się przeważnie u dzieci. Rozumiemy przezeń nerwicę, objawiającą się mimowolném oddawaniem moczu, podczas gdy narząd moczowy jest zupełnie prawidłowym. Rozróżniamy nocny i dzienny moczociek; ostatni znowu bywa ciągłym i okresowym. Z powodu słabości odpowiednich żdziergaczów trwa taki stan u dzieci zazwyczaj do drugiego roku życia, kiedyto zaprzestają oddawać mimowolnie kał i mocz. Atoli dzieci, oddające mimowolnie mocz po drugim roku życia, cierpią moczociek.

Przyczyną téj choroby bywa osłabienie, niedokrewność, zołzy, krzywica itd., inni upatrują przyczyny w nieprawidłowości męcherza i jego szyjki. Autor zgadza się z ostatniém twierdzeniem o tyle, o ile moczociek jest skutkiem niestosunku w nanerwieniu żdziergacza a wypieraczy; czyli, że pierwszy jest za mało nanerwiony. Twierdzenie swoje popiera on pomyślnym wynikiem leczenia za pomocą elektryzowania żdziergacza. Płeć nie wpływa na procent cierpiących moczociek. Co się zaś tyczy wieku, to choroba ta występuje najczęściéj pomiędzy 3 a 10 r. życia, chociaż i w późniejszym przydarza się także.

Moczociek ciągły powstaje bardzo często w skutek kamicy (*lithiasis*), zapalenia szyjki męcherza, lub miedniczki nerkowéj; także w skutek zmian zapalnych pochwy, jéj przedsionka i cewki moczowéj u dziewcząt (samogwałt). Należy tedy dokładnie zbadać narząd moczo-płciowy chorego pod każdym względem, jak również i mocz, aby rozpoznać przyczynę cierpienia i stósowne środki zarządzić.

Leczenie bywa ogólném oraz miejscowém; w szczególności zaś podajemy chinin, żelazo, zalecamy kąpiele ziołowe (+26° R.), albo zimne kąpiele nasiadowe, rzeczne, albo morskie, zmianę miejsca pobytu a mianowicie pobyt w górach. Trousseau i Bretonneau podają z pomyślnym skutkiem atropin i belladonnę wieczór, przed udaniem się na spoczynek, z należytą oględnością; także wronie oko i wyciąg sporyszu mają skutkować. Wszakże najlepszém jest leczenie miejscowe, polegające na bezpośredniém elektryzowaniu zdziergacza męcherza przez kiszkę odchodową, podczas gdy drugi biegun przykładamy na szew międzykrocza (*raphe perinaei*) u chłopców, a na fałd pośladkowy u dziewcząt.

b) Nerwice ruchowe części rodnych. Należy tu: 1) pomazanie (*pollutio*) i nasieniotok (*spermatorrhoea*). Przez pierwsze rozumiemy obfite wydzielanie nasienia w nocy u śpiącego człowieka, podczas wzwodu prącia i doznania przyjemnego uczucia. Wydzielanie takie odbywa się ruchem wężykowym (za pomocą kurczu mięśni pęcherzyków nasiennych i mm. opuszko-jamistych). Przez nasieniotok zaś rozumiemy ciągłe odpływanie nasienia z cewki m. bez wzwodu prącia i bez doznania przyjemnego uczucia. W większéj ilości wypływa nasienie podczas odbywania kału i z końcem moczenia, w skutek porażenia przewodów wytryskujących. Ażeby nie zamienić ostatniego cierpienia z nerwicą wydzielniczą stercza (*prostatorrhoea*), należy zbadać wydzielinę pod drobnowidem. Pomazanie bywa nocném a niekiedy i dzienném. Autor uważa pomazanie nocne, pojawiające się raz na 10 do 14 dni, jako sprawę fizyjologiczną, częstsze zaś jako chorobową; Curschmann uważa pomazania nocne tylko wtenczas jako chorobę, jeśli odnośna osoba doznaje po niém uczucia pewnéj niedogody, znużenia, bólu głowy a przy tém jéj czynności umysłowe upośledzają się.

Daléj opisuje autor nasienie, jako wydzielinę jąder, pęcherzyków nasiennych, stercza i gruczołków cewki moczowéj, bezbarwną, alkaliczną, która zaraz po wydzieleniu jest gęstą jak miód, poczém krzepnie, aby znów po 5—10 minutach stać się ciekłą. Podając części składowe nasienia i wyniki badania go pod drobnowidem, przechodzi do wielosiemienności (*polyspermia*), która się rzadko zdarza. Rozumiemy przez nią obfite wydzielanie prawidłowego nasienia podczas spół-

kowania; podczas gdy niesiemienność *(aspermatia v. aspermatismus)* oznacza niemożność wydzielania nasienia z powodów mechanicznych *(obliteratio ductuum ejacul.)* albo z powodu braku pobudliwości zwrotnego ośrodka wytryskającego. Przemijająca niesiemienność pojawia się u cierpiących wiewióra z zapaleniem stercza, przyczém nasienie pomięszane bywa z ropą a i plemniki rozmaicie się zachowują tak co do swéj postaci, ilości, jako też i żywotności.

Zupełny brak plemników w nasieniu nazywamy *„azoospermia.“* Stanowi on przyczynę niepłodności *(impotentia generandi)*, a najczęściéj powstaje w skutek obustronnego zapalenia przyjądrza, lub sznurka nasiennego, przyczém zarost naczyń donoszących *(obliteratio vas. defer.)* odcina nasieniu drogę do prącia. Nasienie w tym razie składa się tylko z wydzieliny pęcherzyków nasiennych i gruczołów cewki m. i jest więcéj wodnistém, niż prawidłowe; ma zresztą te same cechy, co ostatnie, brak w niém atoli plemników, dlaczego też wkrótce pojawiają się w takiém nasieniu kryształki nasienne *(Spermakrystalle)*, właściwe wydzielinie pęcherzyków nasiennych. Kryształki te w razie obecności plemników w wydzielaném nasieniu ścinają się zaledwie 2—3 dnia.

Nadużycia płciowe stanowią główną przyczynę namienionych cierpień a zwłaszcza samogwałt, gdy w skutek częstych, długotrwających wzwodów powstaje przekrwienie wzgórka nasiennego, obrzęk i przeczosy (o czém przekonywamy się za pomocą wziernika), któreto zmiany wywołują zwrotnie już to pomazania nocne, już to nasieniotok. Badanie odnośnych chorych zgłębnikiem jest zwłaszcza w przyprątnéj części cewki m. nader bolesném.

Zmiany chorobowe w mowie będące pojawiają się już to z osobna, już to razem w cierpieniach ośrodków nerwowych, gdy napletek jest za wązki, gdy powstanie stulejka itp. a rozpoznanie nie przedstawia trudności, gdy uwzględnimy podane powyżéj szczegóły, towarzyszące każdéj zmianie i nie pominiemy drobnowidowego badania. I tak, jeśli znajdujemy w moczu kryształki nasienne a chory wydziela po oddaniu moczu lub podczas odbywania kału większą ilość nasienia, albo też często da się wycisnąć z cewki m. kropla nasienia, to chory cierpi nasieniotok. Jeśli zaś badanie takie da ujemny wynik, a obfite wydzielanie nasienia odbywa się w nocy, to mamy do czynienia z pomazaniem. W pierwszym razie występują u chorych objawy przygnębienia, niewzwód i zaduma, w ostatnim zaś ból w tyłogłowiu rano, uczucie znużenia, niezdolność do pracy umysłowéj, trwożliwość itp.

Leczenie zasadza się na uregulowaniu sposobu życia, obok spożywania łatwo strawnych nie pobudzających pokarmow. Zalecamy nadto leżenie na twardéj pościeli, wczesne wstawanie, zmianę miejsca pobytu itd. W danym razie podajemy chinin, żelazo, wyciąg sporyszu, elektryzujemy, oraz pozostawiamy systematycznie na jakiś czas cewnik w cewce m. Wszakże najpomyślniejsze skutki zawdzięczamy leczeniu za pomocą „psychrophoru“ Winternitza, który jest cewnikiem bez otworów, ale z podłużną przegródką wewnątrz, nie dochodzącą do samego końca dzióba. Założywszy do cewki mocz. taki cewnik przepuszczamy przezeń za pośrednictwem cewki kauczukowéj (przymocowanéj do jednego z wolnych końców cewnika), z wyżéj umieszczonego naczynia wodę (+16—18° R. późniéj zimniejszą), która opływając przegródkę w cewniku, wraca drugim jego wolnym końcem, spływając do podstawionego naczynia. Łączymy tu zarazem ucisk z działaniem zimnéj wody. Zbawienne skutki spostrzegamy po zastósowaniu na część przyprątną cewki m. środków ściągających, jak kw. garbnikowego lub azotanu srebrowego za pomocą Dittlowego imacza, który podług autora lepszym jest od Lallemandowego.

C. Nerwice wydzielnicze pojawiają się zwykle obok namienionych powyżéj zmian chorobowych. Do nerwic wydz. narządu moczowego należą: *polyuria*, *anuria* (zwłaszcza *a. hysterica*), *phosphaturia*, *glaukuria*, *albuminuria* i inne. Do nerwic zaś narządu płciowego należą: *aspermatia* i *polyspermatia*, o których wyżéj namieniono.

Do gruczołów, które swą wydzieliną podczas wzwodu prącia niejako namaszczają cewkę mocz. dla ułatwienia wypływu nasienia, należy prócz gruczołów cewki m. stercz. Wydzielina tych gruczołów jest jasną, przeźroczystą, ciągnącą się, taką, jaka wydziela się z cewki m. po wyleczeniu wiewióra. Gdy wydzielina taka pojawi się w znacznéj ilości, to mamy do czynienia *cum prostatorrhoea*.

Główną przyczyną namienionego cierpienia bywa samogwałt, wiewiór i nadużycia płciowe, rzadziéj kamienie moczowe w męcherzu, choroby odbytnicy itd. Rozpoznanie polega na wyniku badania drobnowidowego i tak: jeśli nie ma w wydzielinie plemników *(spermatorrhoea)* i kryształków nasiennych, rychło się ścinających *(azoospermia)*, to jest *prostatorrhoea*. Badanie cewki m. jest bolesném a za ogrzaniem moczu sprawiają fosforany zmętnienie.

Rokowanie pomyślne, o ile pomyślném ono jest w chorobie głównéj, któréj cierpienie stercza towarzyszy. Leczenie jak w nasieniotoku, przeważnie miejscowe. *(Wiener Klinik 1879. Heft* 5 u. 6). *Dr. M. Kramarzyński.*

Dra A. Schotta: **Krwotoki miesiączkowe i przewlekłe przekrwienia macicy.** Sprawozdanie Dra A. Reifera w Dzikowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 38.)

Doskonale działają i powszechnie są wypróbowane wstrzykiwania gorące. Usuwają one prędko i krwawienie i boleści. Woda do 40—41° dochodzić musi, a wstrzykiwanie co ćwierć lub pół minuty na chwilę przerwać trzeba, ażeby krążeniu krwi czas zostawić do ostudzenia rozgrzanych narządów. Zaniedbując téj ostrożności narażamy chorą na zwątlenie i porażenie macicy i pochwy. Jak w wielu innych razach, tak i w tym przypadku zimno i gorąco jednakowo działają na pobudliwe części ustroju, a najbliższym skutkiem jest kurczenie się macicy i zwężenie naczyń krwionośnych. Głównym też celem lekarza jest wywołać kurczenie się dłuższe mięśni macicy. Miąższ zmiękczony, krwią nasiąkły, a przez błonę śluzową nabrzękłą rozsadzony, utrzymuje się uporczywie w stanie takim napęczniałym, choć wewnętrzna błona wyścielająca macicę po krwotoku już ścieńczała. Lekiem takim, który już stały kurcz mięśni wywołuje i zmniejszenie światła żył sprawia, jest sporysz i otrzymany z niego sporysznik. Często teraz stósują ergotyn podskórnie a zaleca się właśnie, gdzie mamy prędko usunąć groźne niebezpieczeństwo i skutek osiągnąć bezzwłoczny. Autor odradza jednak od wstrzyknięć podskórnych dlatego, że ich kobieta sama na sobie wykonywać nie może i że pozostawiają dotkliwe guzy i ropnie *). W zwykłych przypadkach dość jest czasu do wewnętrznego zadania ergotynu. Można go zapisać pięć gramów na 100 wody co trzy lub dwie godziny po łyżce. Od dawna autor daje go w pigułkach po decigramie w je-

*) Prof. Kleinwächter na podstawie wieloletnich spostrzeżeń nie zgadza się z tém zapatrywaniem. *Med. Pr.* 889.

dnéj pigułce co godzina, a w uporczywym krwotoku po 8—10 kilka razy na dzień i utrzymuje, że są skuteczne nawet w krwotokach mięśniakom towarzyszącym i niepoślednio się przyczyniają do usunięcia tych nowotworów.

Wielu zwolenników ma także naparstnica, która według Ackermanna sprawia kurczenie się naczyń niezawiśle od ośrodków naczynioruchowych. Zbawienne działanie po niéj widział autor u kobiet, u których krwotok rozwinął się na tle zboczeń w krążeniu krwi, lub wady sercowéj. Dickinson większy jéj zaznaczył zakres, twierdząc, że wielkiemi dawkami uspokoił już drugiego dnia wszelkie krwotoki podczas miesiączki. Winckel sławi świetne skutki naparstnicy w połogowych zapaleniach macicznych i okołomacicznych, co zachęca do doświadczeń.

Porzucono już wiele innych z licznego pocztu leków przeciwzapalnych, a o dwóch najważniejszych jeszcze w używaniu będących autor podaje następujące uwagi:

Istnieją sprawozdania lekarzy obu półkul chwalące chinin, które nie zasługują na takie niedowierzanie, jak głosy o pomiotnych następstwach tego leku. Na pierwszym jednak planie między najwyśmienitszemi środkami stawia Sch. salicylan sodowy, jako lek swoisty przeciw krwotokom, nawałom i cierpieniom macicy. Używał go w najrozmaitszych przypadkach w krwotokach miesięcznych różnéj kategoryi i pochodzenia, w prostych i powikłanych i przy mięśniakach, zawsze ze skutkiem.

Niewiasta, która z powodu rozwiniętych mięśniaków na bezustanne cierpiała krwotoki, dostała w Nauheim biegunki z gorączką; obie choroby były równoczesne, wycieńczające, groźne. Podawano choréj przeciw rozwolnieniu *interne et per anum* kwas salicylowy, poczém znikła biegunka a krwotok ustał. Chora liczyła czterdzieści kilka lat. Po dłuższém używaniu tego środka krwotoki ustąpiły zupełnie i na zawsze. Doświadczenia na wielu innych pacyjentkach robione stwierdziły skuteczność tego środka, mianowicie gdy lekka gorączka krwotokom towarzyszyła.

Sch. daje salicylan sodowy po gramie w proszkach co godzina, a w uporczywych razach większe dawki a rzadziéj. Krwotoki, które zwykle trwały dwanaście dni, uspakajały się zaraz a ustawały zupełnie drugiego dnia. Autor tłumaczy fizyjologiczne działanie salicylanu sodowego, wspomina, że podnosi napięcie ścian tętnic, rozgrzanie skóry i wydzielanie ciepła według doświadczeń Moelego, Riegla, Apperta, Bussa i innych, ale zastrzega się, że jakiekolwiek chcianoby podstawić teoryje dla wyjaśnienia błogiego działania, to siła nadzwyczajna salicylanu sodowego, tamująca wydzieliny miesiączkowe, jest niezaprzeczona, swoista, jak chininu w zimnicy.

Przebywszy nasilenie, a więc w czasie wolnym od krwotoku, kobieta powinna się z dala trzymać od wszelkich bodźców, które stopniują ogólne ciśnienie krwi lub miejscowy nawał sprawiają. Chora powinna zostać kilka dni jeszcze w łóżku; w formach grożących przejściem w stan przewlekłego zapalenia macicy, zdradzających się boleściami i przemijającą gorączką, forsowne ruchy w ogóle są zakazane. Przy chodzie ostrożnym chora winna nosić opaskę dobrze przylegającą, wystrzegać się obcowania płciowego, zaziębień i przepełnienia jelit i pęcherza.

W mniejszych dawkach można ciągle stósować powyż wymienione środki, a skutek ich będzie tém pewniejszy, im ściśléj chora trzymać się będzie przepisów dyjetetycznych, i im bystrzejszy będzie lekarz w stopniowaniu dawek, w upatrywaniu stosownéj pory do zadawania i w kombinowaniu różnych środków.

Autor wspomina o odwodzących skutkach pijawek na część pochwową macicy, o namazaniach jodowych, o nacięciach szyi macicznéj Spiegelberga, a nareszcie o bardzo skutecznem nacinaniu błony śluzowéj saméj macicy, które jednak mają swe przeciwwskazania.

W zwyczaj już weszły wypalania, których autor używać radzi *cum grano salis*, gdyż głębokie a nieostrożne wywołują zapalenie macicy i otrzewny, z całym szeregiem następstw: boleściami, zrostami, których teraźniejsza terapija tak łatwo pokonać nie może. Wprost szkodliwe są żżeradła w ostatnich dniach przed nadejściem peryjodu; większy bowiem nawał poboczny i odsłonięcie warstwy naczyń włosowatych po odpadnięciu strupa sprowadza większy niż zwykle krwotok.

Doszczętniejsze i tylko na pozór gwałtowniejsze jest wydalenie mechaniczne błony śluzowéj chorobowéj. (*Evidement* podane przez Récamiera i Simsa). Zależy od lekarza, ile, gdzie i jak głęboko działać, a przy wprawie ograniczyć się można dokładnie do miejsca chorego. Nie wznieci się nawet zapalenia, jeżeli odwietrzywszy ściany przewodu płciowego unikniemy starannie przeniesienia przyrzutu palcami lub narzędziami. To są zalety, któremi postępowanie w mowie będące przewyższa wypalanie; usuwamy jednem słowem wszystko, co chorobowe i nie tykamy się części zdrowych, a całym rękoczynem naśladujemy objaw rodociwy tj. oddzielenie się błony doczesnéj i wytworzenie się nowéj błony śluzowéj z warstwy pozostałéj gruczołowéj. Teoretycznym wywodom odpowiadają doświadczenia pomyślne, które skłaniają autora do polecenia curetty (skrobaczki) w nieżycie i przekrwieniu błony śluzowéj macicy nie tylko jako *ultimum refugium* *).

Rzuciwszy powyższe pobieżne rysy, autor zwraca uwagę na leczenie ogólne. Nieraz środki wzmacniające same krzepiąc organizm, wystarczają do przysporzenia jędrności macicy i do uchylenia krwotoku. Rozchodzi się o podniesienie ducha, o sprowadzenie odpowiedniego nastroju, sił i lepszego odżywienia. Środkami ku temu są: zmiana miejsca pobytu, zajęcia nie natężające, przechadzki nie męczące, zdrowe pożywienie a nareszcie kąpiele w domu lub przy zdrojach.

Autor podaje szkic, jak przyrządzić sztuczną kąpiel z solanki nasyconéj kwasem węglowym. Upomina przytém, że wszelki pośpiech w zastósowaniu środków wzmacniających, wszelka przesada mści się utratą sił, humoru, snu i łaknienia, nowemi boleściami i świeżym krwotokiem.

Hydroterapija już dawno wciągnęła w swój zakres cierpienie w mowie będące, a dobrych skutków odmówić jéj nie można. W prywatnéj praktyce zadowolić się trzeba mokremi nacieraniami, a gdzie stosunki pozwalają, zaleca autor kąpiele 26—25° R., które w przeciągu dziesięciu minut oziębia o 1, 3, 5 do 10 stopni.

Lekarz i sama chora ciągłą baczność zwracać powinni na wszystkie szkodliwości, aby wcześnie wpływy pogarszające chorobę zobojętnić. Za miarę do ocenienia służy ilość odchodów śluzowych lub krwawych, podwyższona ciepłota ciała, podmiotowe przykre wrażenia i wynik badania większy nawał do macicy zdradzający. Taki jest właśnie wy-

---

*) Zdanie to samo słyszałem nie dawno z ust prof. Karola Brauna. (*Uwaga sprawozdawcy*).

rabiający się kierunek leczenia przewlocznych chorób, polegający na ciągłém śledzeniu, poznaniu i usuwaniu osobniczych wrogich warunków, które już to częstém powtarzaniem się, już to różnorodnością swą podtrzymują chorobę i robią ją przewloczną.

III. Zbiór pism hippokratowy w świetle nowożytnéj krytyki.

Wyłożył na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. dnia 4 czerwca 1879

Prof. Dr. **Józef Oettinger.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

7) O dyjecie ksiąg 3 (περὶ διαίτης α', β', γ', de diaeta I, II, III). Jest to już trzecie dzieło o dyjecie; pierwsze w zastosowaniu jedynie do chorób ostrych jest, jak widzieliśmy, pióra Hippokrata; drugie wyżéj także wzmiankowane, traktujące o tym przedmiocie ze względu na zdrowych, ma autorem Polibosa; nie wiadomo kto napisał dzieło, o którém teraz mówimy, przypisywano je już to Filistynowi Lokryjczykowi, już to Arystonowi, już to Euryfontowi, także Filetesowi, a zatém lekarzom bądź spółczesnym Hippokratowi, bądź nawet starszym, bądź mało co od niego późniejszym, a zatém w każdym razie do tego starożytnego okresu należącym. Opracowanie jest wytworne, lecz w duchu dogmatycznym. Opiera się ono na pomyśle, którym się autor chlubi jako swoim wynalazkiem (ἐξεύρημα), że zdrowie zawisło jedynie od należytego stosunku między pokarmami a ich zużyciem przez ruchy i ćwiczenia. W księdze pierwszéj opisuje stosunki samego ustroju, jego skład, różnice wieku, płci itd. W drugiéj rozbiera wpływy zewnętrzne: miejsce pobytu, powietrze, pokarmy i ćwiczenia cielesne. Trzecie zajmuje się skreśleniem znamion wskazujących nadwerężony stosunek pomiędzy pożywieniem a ćwiczeniami cielesnemi. Wszystkie zaś zjawiska wywodzi dogmatycznie z dwóch jedynie pierwiastków z wody i ognia, z których ten „zdoła wszystko poruszać, tamta wszystko żywić“ (πῦρ δύναται πάντα διὰ παντὸς κινῆσαι, τὸ δὲ ὕδωρ πάντα διὰ παντὸς θρέψαι). Ogień odpowiada tu poniekąd naszemu pojęciu o sile, woda zaś naszéj materyi.

8) O snach czyli sennych marzeniach (περὶ ἐνυπνίων, *de insomniis)* jest dalszym ciągiem a więc poniekąd czwartą księgą dzieła poprzedniego, obejmującą semiotyczne znaczenie marzeń sennych.

9) O sztuce (περὶ τέχνης, *de arte)*, pismo w rodzaju tych, które zwały się Logoi, bierze ono w obronę wartość rzeczywistą sztuki lekarskiej przeciw czynionym jéj zarzutom, iż jest bezskuteczna, gdyż choroby wyleczają się częstokroć albo bez jéj pomocy, albo nawet wbrew jéj środkom szkodliwym.

10) O płodzie siedmiomiesięcznym (περὶ ἑπταμήνου, *de septimestri partu)* i

11) O płodzie ośmiomiesięcznym (περὶ ὀκταμήνου, *de octimestri partu)*. Oba pisemka wskazują treścią łączność swoję i że ostatnie jest dalszym ciągiem poprzedniego. Określają one czas trwania ciąży prawidłowéj i usiłują naukowemi na pozór powodami poprzeć rozpowszechnione od dawna mniemanie a raczéj uprzedzenie o większéj żywotności płodu zrodzonego w miesiącu siódmym brzemienności, niż wydanego na świat w ósmym.

Klasa Vta obejmuje pisma zbioru złożone jedynie z zapisków i wyciągów ostatecznie ani nie wykończonych, ani zgoła nie opracowanych, ani też w téj postaci wcale do ogłoszenia nie przeznaczonych. Mimo tego zaskoczonego niespodzianie bezładu, a może właśnie dlatego, zabytki te niepoślednią mają cenę. Są one między innemi wymownym a mimowolném niejako świadectwem swego pochodzenia rodzimego, gdyż żaden fałszerz nie podrabiałby zapewne pod postacią tak zaniedbaną i bezładną; siliłby się raczéj na pozory wytworności. Zresztą owe zdania napoczęte a niedokończone, owe szeregi wyrazów obok siebie bez połączenia poumieszczane, a których związku domyśleć się jedynie i to nie zawsze można, trudniéj daleko dają się naśladować, niż utwory ukończone. Oprócz tego wprowadzają one niejako czytelnika do cichéj pracowni umysłowéj, wskazują jak owe piśmiennicze płody z pierwszych zawiązków się wyklówały i stopniowo rozwijały, jak spostrzeżenie, pojedyncze zrazu, mnożyło się i prowadziło powoli do zasady ogólnéj a w końcu do ustanowienia prawidła. Porównanie tych robót przygotowawczych z dziełami już wygotowanemi wykazuje liczne ich z sobą a rodowe powinowactwo. Do działu tego należą pisma następujące:

1) O pospólnych czyli nagminnych chorobach księga 2ga, 4ta, 5ta, 6ta i 7ma (ἐπιδημιῶν β', δ', ε', ς', ζ', *Epidemiorum v. morborum popularium libri* II, IV, V, VI, VII). W ogóle między temi księgami, nie będącemi wcale częściami jednego dzieła, lecz utworami odrębnemi, dopatrzeć się można jakiegoś nawzajem podobieństwa, które jednakże wybitniéj występuje tak z jednéj strony między księgami oznaczonemi liczbami parzystemi a zatém między 2gą, 4tą i 6tą, jak z drugiéj strony między 5tą a 7mą. Księga 5ta odznacza się oprócz tego największém ze wszystkich wykończeniem, oraz kierunkiem zbliżonym do Knidyjskiego.

Galen mniemał, że księga 2ga zawiera zapiski Hippokrata, które po śmierci jego syn Thessalos a oprócz niego i inni pomnożyli.

Umiejętna krytyka zdołała w rozliczny sposób korzystać z tych bezładnych a częstokroć i ciemnych zapisków wydobywając z nich nie jednę cenną skazówkę chronologiczną i wiadomość starożytniczą.

Z wzmianki np. w ks. IV, 21, o komecie, (gwiazda nie mała ἄστρον οὐ σμικρὸν), która się pojawiła około zimowego przesilenia, a po któréj 5go i 6go dnia nastąpiło trzęsienie ziemi, doszedł Littré za pomocą poszukiwań w tym kierunku przedsiębranych i na zasadzie powagi Arystotelesa do wypadku, iż ten zapisek pochodzi zapewne z r. 426 przed Chr. a zatém z czasu, w którym żył Hippokrat.

W księdze Vtéj 100 i VII, 110, wzmiankowane jest miasto Kardyja w Tracyi. Owóż miasto owo, jak podaje Pauzaniasz, zburzył Lizymach, jeden z wodzów Aleksandra Wgo i zbudował natomiast inne zwane Lizymachiją. Nie ulega zatém wątpliwości, że księgę tę spisano przed Aleksandrem Wielkim a zatém przed r. 330 przed Chr.

Littré brał pod rozbiór stosunki jeograficzne, mianowicie z wzmiankowanych miast dochodził, gdzie owi lekarze wykonywali swoję sztukę. Podawane nazwy i mieszkania chorych służyły do wyśledzenia między niemi rodzin znanych historycznych, a Meinecke téj klienteli Hippokratowéj odrębną poświęcił pracę *)

*) *Ueber die Epidemien des Hippokrates, besonders in Rücksicht auf griechische Namenkunde.* (Posiedz. Akad. umiejętn. berlińskiéj z dn. 25 paźdź. 1852).

Zawierają te księgi bardzo wiele ciekawych spostrzeżeń lekarskich, których trafność najnowsze czasy stwierdziły, jako przykład przytaczam tylko z ks. VII. 52, zjawisko zaklęknienia szwu czaszkowego i ścieńczenia kości potylicowéj u dziecięcia chorego, znamię choroby zwanéj dzisiaj *Craniotabes* a opisanéj przez Elsaessera.

2) O cieczach w ustroju ludzkim (περὶ χυμῶν, *de humoribus)* jest dalszym ciągiem niejako 8mą księgą chorób nagminnych, tylko że mniéj wzmianek jest o szczególnych chorych, a więcéj o składzie soków ciała, o przesileniach, o wpływie pór roku i miejsca pobytu na zdrowych i chorych itd.

3) O użytku cieczy (περὶ ὑγρῶν χρήσιος, *de liquidorum usu)* dawniéj także pod napisem: O wodach (περὶ ὑδάτων, *de aquis*), są to urywki o wodzie słodkiéj, morskiéj, occie, winie, tudzież o użyciu gorąca i zimna. Zdaje się być wyciągiem z obszerniejszego pisma.

(Dokończenie nastąpi.)

Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**,
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38.)

List IIgi.

Przybywszy do Strasburga zwiedziłem klinikę prof. Kussmaula. Szpital, w którym jest umieszczoną, składa się z wielu budynków zajmujących znaczną przestrzeń. Budynki są utrzymane nieźle, ale już stare, rozkład wewnętrzny, sale chorych nieodpowiadają dzisiejszym wymaganiom i dzisiejszemu smakowi. Powiadają, że rząd teraźniejszy postanowił wybudować szpital nowy i budynek dla pomieszczenia uniwersytetu, który obecnie mieści się częściowo w pałacu biskupim, wydział lekarski zaś w niewielkiéj odległości od szpitala. Sale kliniczne duże, czyste, przewietrzane dobrze; łóżka żelazne, pościel dostateczna; firanek francuskich około łóżek już niema; Leyden jeszcze je tolerował. U wezgłowia każdego łóżka leży teka, w któréj składają się wszystkie zapiski potrzebne do historyi choroby. Notatki te są bardzo szczegółowe i wyczerpujące; częścią wpisane na blankiety drukowane i litografowane, częścią na figury topograficzne, przedstawiające położenie i wielkość normalną narzędzi klatki piersiowéj i jamy brzusznéj.

Profesor sam poprawia codziennie notatki kliniczne przed wykładami, co mu wiele zabiera czasu. Postać szanownego profesora mała, chuda; twarz blada, kąty ust obwisłe, czoło niewielkie, oczy przysłonięte opadniętemi powiekami, co wszystko daje wrażenie zmęczenia i znużenia ducha i ciała. Wykład powolny, jednostajny, elementarny bez wszelkiego życia, męczy raczéj niż pobudza uwagę słuchacza; profesor i autor tyle zasłużony w nauce wygląda jak ruina, którą trzeba zaludnić wspomnieniami.

Byłem obecny na wykładzie o tężcu, w którym K. zwracał uwagę na tężenie mięśni karkowych powierzchownych, podczas gdy w zapaleniu błon mózgordzeniowych mięśnie karku głębokie tężeją. Następnie przedstawił przypadek liszaja ostrego wielomiejscowego i zakończył epikryzą przypadku, który za życia miał fizyjonomiję tyfusu, chociaż polegał na zapaleniu ostrém śródsierdzia. Zajęło to bardzo moją uwagę, gdyż od kilku lat, jak prowadzę w szpitalu tutejszym oddział chorób wewnętrznych, zdarzały mi się co rok przypadki podobne i to głównie w porze gośćcowéj. Najbardziéj zastanawiałem się nad zjawiskami zakażenia ogólnego, które podobnie jak zakażenie tyfusowe zmienia do niepoznania i przytłumia całą inerwacyję chorego. Przytém gorączka ciągła, powiększona śledziona, przypadłości żołądkowo-trzewiowe, ogólna niemoc, ściemniała barwa twarzy, przypominają aż do złudzenia obraz tyfusu brzusznego, a jeżeli są (co nierzadko bywa) plamy i przystudziennice, natenczas przypomina się obraz tyfusu plamistego. Badanie fizyczne serca wykazuje jednak objawy zapalenia śródsierdzia, poczém zjawiska uderzenia do gorączki zakaźnej, powiększenie śledziony, objawy nerkowe i skórne do zatorów i zawałów odnosimy.

Bardzo byłem ciekawy, co sądzi K. o przyczynie téj choroby i o zjawiskach zakażenia ogólnego? Niektórzy bowiem sądzą, że te zjawiska są wtórorzędne, zależne od samego zapalenia zastawek ujścia żylnego lewego, od którego dopiero następnie jad rozchodzi się drogą tętniczą po ciele i wywołuje zakażenie ogólne, tak np. sądzi Hilton Fagge (w Raynolda *Systeme of medicine*, Vol. IV. p. 650). Z drugiéj zaś strony Winge, następnie Hjalma Heiberg (w Arch. Virchowa, w tom. 58, str. 407) wykazał w zapaleniu ostrém śródsierdzia obecność grzybków, którą Virchow w dodatku do tego artykułu potwierdza. Inni badacze znaleźli oprócz grzybków także i prątki, coby przemawiało za tém, że zapalenie ostre śródsierdzia, połączone ze zjawiskami zakażenia ogólnego, pochodzi rzeczywiście od zakażenia od zewnątrz, czy to drogą naczyń chłonniczych przy obecności ran, po połogach, itp., czy też drogą płuc, a względnie żyły płucnéj. Jeżeli grzybki te i prątki niewywołują zapalenia w płucach, to może silna wentylacyja krwi stoi temu na przeszkodzie; jeżeli znowu ani w żyłach ciała, ani w ujściu żylném prawém niewywołują zapalenia, to może znowu brak tlenu jest tego przyczyną. Niewiadomo dotąd, czy w zatorach tętniczek w nerkach, w śledzionie, w skórze, nieznajdują się także podobne prątki i grzybki i czy niemasz tu zapalenia śródtętniczego podobnego do zapalenia, jakie w śródsierdziu znajdujemy. Gdyby tak było, niemożnaby wątpić o początku téj choroby pasorzytniczym, a tém samém choroby pierwotnie ogólnéj z zakażenia krwi pochodzącéj. Możnaby jeszcze pójść o krok daléj i podporządkować inne zapalenia, tak nazwane gośćcowe ostre, pod jedno pojęcie chorób gośćcowych albo gorączki gośćcowéj, jak to czynią anglicy; zapalenia zaś narzędzi poszczególnych uważać jako różne przypadki umiejscowienia. Z wykładu prof. Kussmaula wyrozumiałem, że podobnie jak Rosenstein (w Ziemssena encyklopedyi w tom. 6, str. 75) przypuszcza początek pasorzytniczy choroby w mowie będącéj i uważa ją jako chorobę pierwotnie ogólną i zakaźną.

Odwiedziny moje kliniki Kussmaula dały mi sposobność poznania p. von den Welden, docenta téj kliniki, który jak wiadomo z *Archiv f. kl. Med.* t. 23, zeszyt 4, odkrył różnicę soku żołądkowego w gastroektazyi i ma nadzieję, że to odkrycie posłużyć może w przypadkach wątpliwych do rozstrzygnienia, czy dana gastroektazyja pochodzi lub niepochodzi od raka. Sok żołądkowy zaczerpnięty za pomocą pompy żołądkowéj w gastroektazyi, która niezależy od raka, zawiera kwas solny; podczas gdy w przypadkach raka żołądkowego dotąd przez niego zbadanych kwasu solnego nie było. Szanowny odkrywca tego zjawiska raczył mi pokazać

w gabinecie klinicznym kilka nowych przypadków swoich poszukiwań i powtórzył przy mnie całe postępowanie, które polega na zaczerpnięciu soku żołądkowego, na przesuszeniu zaczerpniętego i na samém badaniu obecności i nieobecności kwasu solnego w płynie przerzeczonym. Ta czynność odbywa się za pomocą wlewania odczynników do płynu mającego być zbadanym. Pomiędzy odczynnikami: fijolet metilanilinowy daje zabarwienie błękitne przy obecności, fijoletowe przy nieobecności kwasu solnego; chloran rozalinowy przy nieobecności tego kwasu daje zabarwienie czerwone, zaś w obecności jego płyn jest jak woda przeźroczysty; nareszcie tropacolin przy nieobecności kwasu solnego zabarwia sok żołądkowy na żółto, w obecności na czerwono.

Ucieszyło to i zdziwiło poniekąd pana von den Welden, że o tych jego doświadczeniach już wiedziałem i mówiłem z nim przedtém, nim mi je pokazał.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

List z Baden-Baden.

Szanowny Panie Redaktorze! Pospieszam zdać Panu sprawę o pierwszém ogólném posiedzeniu 52go Zjazdu przyrodników i lekarzy niemieckich, które się odbyło w Badenie (Wielkiém Księstwie Badeńskiém) dnia 18go września o godzinie 9éj przedpołudniem w pięknie ku temu przyozdobionéj wielkiéj sali budynku zwanego *Konversationshaus*, w obecności licznéj publiczności, w któréj świat zwany pięknym licznie był przedstawiony. Posiedzenie to trwało blisko do drugiéj godziny z południa, a zatém godzin pięć, a to dlatego, że zwykle panowie, którzy miewają wykłady, rozpoczynają na wielkie rozmiary, a chociaż wykłady bywają bardzo pouczające i co do zewnętrznéj formy bardzo są starannie opracowane, to jednak z powodu obszernego tematu nużą publiczność; a chociaż statut pierwotny Zjazdu dotychczas w całéj swéj pełni obowiązuje i wyraźnie zastrzega, że wykład winien trwać najdłużéj półgodziny, te jednak trwają zwykle jednę a nawet do dwóch godzin.

Przewodniczący Zjazdu Dr. Baumgärtner z Badenu przywitał Zgromadzenie serdeczną przemową, w któréj uderzył szczególniéj ustęp wymierzony przeciw socyjalistom i bezwyznaniowcom, bo mówiąc o uroczém położeniu miasta i o pięknéj otaczającéj go przyrodzie, powiada że: zastanowienie się nad przyrodą i jéj prawami bynajmniéj nie stoi w sprzeczności z religiją, i owszem wzmacnia i utwierdza, badanie przyrody prowadzi do Stwórcy, do Najwyższéj Istoty, do Boga. Po przywitaniu zaprasza zgromadzenie do wydania okrzyku radości na cześć panującego Wielkiego Księcia badeńskiego, który rzeczywiście nawet w absolutnych jeszcze czasach sprzyjał bardzo badaniom przyrody i jéj badaczom, i przed 21 laty w Kalsruhe swojéj stolicy hojnie przyjmował Zgromadzenie przerzeczone, a nawet brał osobisty w niém udział. Zgromadzenie idąc za życzeniem Przewodniczącego trzechkrotne „Hoch“ wygłosiło. Minister Stanu pan Kurhan imieniem Rządu krajowego powitał w krótkich lecz serdecznych słowach Zgromadzenie. Starszy burmistrz wita Zgromadzonych imieniem miasta, w którém niegdyś Oken twórca Zjazdów pierwsze pobierał wychowanie. Następnie Dr. Schliep drugi członek komitetu urządzającego odczytał telegram Prezydenta Kantonu szwajcarskiego Graubündten, w którém zasyła Zgromadzeniu pozdrowienie. Daléj prof. Kussmaul z Strasburga poświęca kilka słów zgasłemu tego roku Drowi Stillingowi, który w Kasslu przeszłego roku przewodniczył Zjazdowi, wykazał znakomite zasługi zmarłego w zawodzie naukowym, mianowicie w dziedzinie anatomii, fizyjologii i w chirurgii operacyjnéj. (Był on synem handlarza wełny wyznania izraelickiego, a na przedstawienie Ministra hesskiego ówczesnego zamianowany został chirurgiem sądowym w Kasslu, mimoto, że minister nie bardzo sprzyjał izraelitom w ogólności, a ci jeszcze nie dostąpili byli uprawnienia politycznego, uczynił to jednak dla tego, że osobiście Stillinga pomocy lekarskiéj zwykł był używać i wysoko go cenił; atoli nieboszczyk o jednym tylko marzył ideale, to jest życzył sobie zostać prof. chirurgii w Marburgu, w którym to uniwersytecie się kształcił, lecz nie doszedł do kresu swoich gorących życzeń, jedynie z powodu swego wyznania.) Kussmaul przyznaje Stillingowi odkrycie nerwów naczynioruchowych, wykrycie istoty szaréj w rdzeniu i mózgowiu; przytacza, że w kraju doznał tylko niewdzięczności swoich, dopiero Kl. Bernard wyrobił mu za jego prace naukowe nagrodę Monthyona w Paryżu i przedstawił go na członka akademii. Zmarły należał do pierwszych, którzy owarijotomiję wykonali. Mowca kończy rzewnym ustępem: żył nauce, pamięć Jego będzie błogosławioną. Zgromadzenie objawia oklaskami swe zadowolenie.

Następnie prof. Hermann z Zurychu w Szwajcaryi mówił o zdobyczach, jakiemi fizyjologija szczyci się w ciągu ostatnich lat 40tu. Głównym przedstawicielem fizyjologii nowoczesnéj zdaniem jego jest Jan Müller w Berlinie, i jego uczniowie do których i Dubois-Reymond należy; wspomina o postępach jakie nauka o elektryczności, galwanizmie, o kurczliwości mięśni i nerwów uczyniła, o nerwach naczynioruchowych, mówi o postępach fizyki zmysłów widzenia i słuchu. Zdaniem jego życie stanowi działanie sił fizycznych, a udało się skomplikowany przyrząd, jaki człowiek stanowi, należycie zbadać, tak że niemal do matematycznéj analizy przyszło, zdaniem jego atoli zwolennicy siły życia czyli duszy mogą się jeszcze nią posługiwać, bo nauka jeszcze nie doszła do syntezy, dodaje atoli, że się na tém nic nie zyskuje, przez to, że się jednę siłę, to jest siłę życia przypuszcza. Ostro powstaje przeciwko sposobowi leczenia w nowszych czasach wprowadzonego, przeciw metaloterapii, mówiąc że jéj zwolennicy przywdziali swojéj nauce sukienkę fizyczną, że atoli rzeczywista nauka nie będzie się opierała na podaniach niewiast histerycznych, lecz że lekarze trzymać się będą praw fizycznych zdobytych nauką*). Siłę leczącą przyrody *(die Naturheilkraft)* uważa za pojęcie bajeczne, sądząc że to jest działanie regulującego narządu w naszym ustroju mieszczącego się**). Mówił o kurczliwości mięśni i nerwów, o zdobyczach fizycznych w dziedzinie oftalmologii

*) Po posiedzeniu spotkałem się z prof. Benediktem z Wiednia, a między innemi mówiłem mu, że prof. Hermann gromił metaloterapeutów, na co on odrzekł, że to nic nie znaczy, że w bardzo krótkim czasie rzecz ta będzie ostatecznie rozstrzygniętą na korzyść metaloterapii, że właśnie dziś otrzymał pomyślną pod tym względem wiadomość od prof. Charcota. O ile mi wiadomo i u nas w Krakowie metaloterapija ma zwolenników, aļpo mieście opowiadają o niemal cudowném wyleczeniu panienki od dawna histerycznéj; co do mnie nie wątpię, że w chorobach nerwowych i ten sposób leczenia skutecznym być może.

**) Czy takie tłumaczenie rzecz lepiéj wyjaśnia, pozwalam sobie wątpić; o téj sile leczącéj przyrody już dawniéj wątpiono, między innymi zmarły prof. Wunderlich w Lipsku całkowicie ją zaprzecza.

i otyjatryi, o nerwach naczynioruchowych, o odruchach, słowem o wszystkiém, co teraz jest na porządku dziennym. Wykład był świetny, a publiczność słuchała go z natężoną uwagą, mimo to że trwał przeszło godzinę.

Po nim mówił radca lekarski Dr Birch-Hirschfeld z Drezna o mimicznych ruchach twarzy, z uwzględnieniem doświadczeń Darwina w tym celu wykonanych. Zdaje się, że szło mówcy jedynie o to, aby polemizować przeciw ostatniemu dziełu Darwina; zasady przez Darwina podane silnemi zbija argumentami, wykazuje mu liczne sprzeczności, mimo to nikt nie odmawia téj najnowszéj pracy Darwina pewnych zalet. Z wykładu tego wyciągu robić nie podobna, bo chociaż był pięknie wygłoszony, to jednak autor temat dość niewdzięczny strasznie rozwałkował; gdyby był mówił krócéj i z pewnym humorem, któregoby użyć było można, byłby się bardziéj wykład podobał; ciągle kończył, bez końca, nareszcie jednak skończył, a z ukończonym wykładem nastąpił koniec posiedzenia.

Baden-Baden d. 20 września 1879. Dr. Warschauer.

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* W sprawie duru w Krynicy otrzymaliśmy następujące doniesienia:

I. Kolega docent Pareński pisze: W miesiącu sierpniu rb. począwszy od d. 17go i w ciągu miesiąca września miałem sposobność badać następujących chorych, którzy jużto jako chorzy na dur brzuszny z Krynicy wyjechali, jużto w kilka dni po powrocie ztamtąd na tę chorobę zapadli: 1) Panią P. (na Stradomiu, ordynaryjusz Dr. Jurowicz). 2) Panią G. (przy ul. Brackiéj, ord. Dr. Jodłowski). 3) Młodego Jurijewicza, (który umarł, ord. Dr. Buszek). 4) Panią K. z Chrzanowa (zjawiła się u mnie z rozwiniętym durem brzusznym w godzinie ordynacyjnéj, obecnie leczy ją Dr. Benda w Chrzanowie). 5) Panią D. z Królestwa. 6) Pan Ż. przejeżdzając przez Kraków zasięgnął rady mojéj i Dra Szewczyka co do choroby 7-letniego synka, która trwała w Krynicy już parę dni przed wyjazdem; znaleźliśmy rozwinięty dur brzuszny. Nadto córeczka 3-letnia od 2 dni słaba okazywała początki choroby gorączkowéj. 7) Panna B. (przy ulicy św. Agnieszki) zachorowała w kilka dni po powrocie z Krynicy na dur brzuszny i choruje nań już dni 10. W Krynicy mieszkała w domu „pod koleją“. 8) Pannę Sz. (przy ulicy Grodzkiéj), która w Krynicy ciężko chorowała na dur brzuszny i przybyła właśnie do Krakowa bardzo chora po odbytym ciężkim durze. Mieszkała w Krynicy w domu „pod ułanem“, gdzie prócz niéj chorowali na dur panna T. (9) i pan T. (10).

II. Prof. Rosner leczy panią Fl. (w Rynku), która po powrocie z Krynicy choruje na dur (11).

III. Kol. Dr. Warschauer badał studenta L. (w mieście przy ul. Żydowskiéj) przybyłego z Krynicy z durem (12).

IV. Kol. Dr. Buszek jeszcze w d. 27 sierpnia doniósł Magistratowi o drugim Jurijewiczu, chorym na dur (13).

V. Kol. Dr. Ściborowski widział w Szczawnicy młodego T., który tamże przybył z Krynicy z durem (14).

VI. Kol. Dr. Bylicki ze Lwowa pisze nam co następuje: „Sądząc, że do uwag (zapowiedzianych jak się zdaje do przyszłego numeru Przeglądu) nad pismem c. k. Komisyi zdrojowéj w Krynicy nie zawadzi powiększyć materyjał, donoszę, że jedna z moich pacyjentek, pani M., żona tutejszego kupca powróciła z Krynicy z wybitnym bardzo durem brzusznym, co razem z kol. Schattauerem stwierdziliśmy (15), a druga, pani P., z ciężką formą zimnicy połączonéj z nieżytem żołądkowo-kiszkowym. Z obcych przypadków znany mi we Lwowie jeszcze jeden z opowiadania“.

Umieściliśmy w numerze przeszłym sprostowanie c. k. Komisyi zdrojowéj w Krynicy bez uwag, ponieważ ustawa prasowa nie pozwala, aby w tym samym numerze czyniono jakiekolwiek uwagi nad treścią sprostowania, choćby w niém mieściły się szczegóły takie, jak np. wzmianka o c. k. Radzcy Namiestnictwa p. Olszańskim, pomimo, że takiego Radzcy w Galicyi wcale niema.

Dziś ustawa prasowa nie stoi nam na przeszkodzie, a więc z prawa swego korzystamy przedewszystkiém, aby jak najenergiczniéj zaprotestować przeciw zarzutowi „o tendencyjnéj publikacyi na szkodę Krynicy“. Zarzut ten jest co najmniéj obrażającym, a obrazy nie przyjmujemy od nikogo. Przegląd Lekarski jest organem zbyt poważnym i zbyt ustaloną ma we wszystkich dzielnicach naszych opinię, aby go ktokolwiekbądź mógł posądzić o tendencyjne szerzenie nieprawdy na czyjąś korzyść lub niekorzyść. Jeżeli Przegląd Lekarski występuje w obronie zdrowia ogólnego, wyraża on przekonanie swoje; przekonanie jego może być mylném, ale tendencyi innéj niema nad pragnienie służenia krajowi i zawodowi lekarskiemu. Do tendencyjnego szerzenia nieprawdy o Krynicy Przegląd nadto niemiał i niema żadnego powodu, bo niema żadnego w tém interesu; a jeżeli kiedykolwiek tendencyjnie szerzono niezgodne z prawdą wiadomości o Krynicy, to świadczyć się możemy naszymi Czytelnikami, że przecież nie **my** byliśmy ich autorami.

A teraz do rzeczy. W Nrze 36 donosiliśmy, że 7 przypadków duru brzusznego zdarzyło się w Krakowie pomiędzy gośćmi wracającymi z Krynicy, i że jeden chory umarł, dodając, że nie słyszeliśmy dotąd, aby Władza tameczna zarządziła środki odpowiednie. Pisaliśmy to na wyraźne żądanie kilku kolegów, którzy sami chorych tych mieli w swéj opiece; pisaliśmy to pod wrażeniem wiadomości o listach, wystósowanych przez kilku kolegów tutejszych do krewnych i znajomych w Krynicy bawiących z wezwaniem do szybkiego powrotu z powodu panującego tam duru; pisaliśmy to wreszcie pod wpływem zapewnienia kolegów, którzy do początku września w Krynicy bawili, że o środkach przez Władzę przedsiębranych nic nie słyszeli. Otóż c. k. Komisyja zdrojowa poucza nas teraz, że Rząd już zrobił co należało, a mianowicie, że już d. 20 sierpnia z polecenia Władzy wyższéj Komisyja odbyła rewizyję dwóch domów, w których się tyfus pojawił. Za wiadomość tę, którą z prawdziwą zapisujemy przyjemnością, szan. c. k. Komisyi zdrojowéj bardzo jesteśmy obowiązani, a to z dwóch powodów: raz że wzmianka nasza nic innego nie miała na celu, jak zwrócić uwagę Władzy wyższéj na tyfus w Krynicy, a względnie dowiedzieć się, czy Władza wyższa już środki odpowiednie zarządziła; a powtóre, że c. k. Komisyja zdrojowa przyznaje, że dur istniał w Krynicy, czyli „pojawił się“ jak pisze, skoro aż Władza wyższa została zawiadomioną o panowaniu onego i skoro ta Władza zesłała na miejsce fizyka z N. Sącza, a wiadomo przecież, że Rząd zbyt jest oszczędnym, aby miał delegować komisyję, jeżeli ważna nie zachodzi potrzeba.

C. k. Komisyja zdrojowa w Krynicy nie poprzestaje atoli na téj drogocennéj dla nas informacyi, lecz dowodzi nadto, że w Krynicy tylko 4 sporadyczne przypadki duru się zdarzyły. Być może, że Komisyja w d. 20 sierpnia sprawdziła tylko 4 przypadki duru, ale my sprawdziliśmy powyżéj 15 przypadków w ogóle z Krynicy pochodzących, co przecież na liczbę gości krynickich (a c. k. Komisyja zdrojowa pozwoli nam twierdzić stanowczo, że pomiędzy 17 sierpnia a 14 września rb., tojest wtedy, kiedy dur pojawił się w Krynicy i Krakowie, nie było 2000 gości w Krynicy, skoro według listy z 15 września ledwie 2447 gości było przez cały sezon) jest cyfrą wcale nie małą. Nie będziemy się już nawet sprzeczać co do nazwy choroby sporadycznéj, jakkolwiek przywykliśmy nazwać to przynajmniéj epidemiją domową, jeżeli w jednym domu zdarzają się 3 przypadki duru. C. k. Komisyja zdrojowa zapewnia następnie, że obecnie i nadal gościom krynickim nie grozi żadne niebezpieczeństwo. Gdybyśmy chcieli być złośliwymi, moglibyśmy w stylizacyi téj znaleść przyznanie, że dawniéj niebezpieczeństwo istniało, zwłaszcza skoro jedna osoba w Krynicy na *Pneumotyphus* umarła, ale mniejsza o to; pytamy się jednak, zkąd c. k. Komisyja zdrojowa posiada tę pewność co do teraźniejszości i przyszłości. Być może, że c. k. Komisyja zdrojowa wypowiadając ten pewnik w d. 14 września, miała na myśli fakt, że goście po największéj części już się rozjechali, ale czyż także miała pewność, że goście, którzy w Krynicy duru nabyli, już wszyscy albo umarli albo wyzdrowieli? My téj pewności wcale nie podzielamy, skoro u nas i gdzieindziéj jeszcze niektórzy z tych gości chorują, a ostatniemi dniami dopiero powróciła z Krynicy

panienka z bardzo ciężkiemi następstwami duru. Zresztą nam chodziło nietylko o Krynicę, ale i Kraków i inne miasta, a faktem jest niezaprzeczonym, że od drugiéj połowy sierpnia dur brzuszny, którego przedtém w Krakowie nie było, ciągle się pojawia.

Sprostowanie więc c. k. Komisyi zdrojowéj w Krynicy nietylko nie zbija naszego doniesienia, ale owszem potwierdza je i dlatego w zupełności obstajemy przy takowém; od naszych szan. Czytelników zaś z największym spokojem oczekujemy sądu, czyśmy zasłużyli na przypisanie nam postępowania niehonorowego, jakiém według naszych pojęć jest tendencyjne szerzenie nieprawdy.

Zresztą w jednym z następnych numerów powrócimy jeszcze do tego przedmiotu, jeżeli nas nie wyręczy Komisyja balneologiczna, która, jak słyszymy, na jedném z pierwszych swych posiedzeń zastanawiać się będzie nad durem, który panował w Krynicy, i zapewne ogłosi rady swe i wskazówki.

Wyrazić musimy w końcu zadziwienie nasze, że urzędowa komisyja podsuwa nam wyrażenia, których wcale nie użyliśmy (groźna epidemija) i że wprowadza na widownię c. k. Radzcę Namiestnictwa, o którym ani Namiestnictwo, ani kraj nic nie wiedzą.

W téj saméj sprawie otrzymujemy jeszcze pismo natępujące:

Szanowna Redakcyjo!

Nie chcąc dać powodu do niesłusznych obwiniań pospieszam z doniesieniem, że na posiedzeniu c. k. Komisyi zdrojowéj w Krynicy, d. 14 bm. odbytém, ani ja, ani żaden z lekarzy stale w Krynicy rok rocznie praktykujących, z wyjątkiem lekarza rządowego Dra Zieleniewskiego nie byli, a to z tego prostego powodu, że w tym roku wybór dwóch lekarzy, przewidziany w Instrukcyi ministeryjalnéj przed dwoma laty ogłoszonéj, nie odbył się wcale, skutkiem czego Komisyja według ustawy, jak sądzę, nie była kompletną.

Kraków, d. 23 września 1879 r.

Dr. Blatteis,
lekarz zdrojowy w Krynicy

Przed zamknięciem tygodnika otrzymaliśmy jeszcze bardzo obszerny list kol. Dra Józefa Szewczyka, którego to pisma jednak dla braku miejsca już umieścić niemożemy. Zawiera ono bardzo cenne uwagi i wskazówki, sięgające jeszcze czasu, w którym śp. prof. Dietl razem z piszącym zwiedził Krynicę i otwarcie wypowiedział swoje zdanie o pewnych niedostatkach, na miejscu spostrzeżonych. Ze skazówek tych szan. kol. Szewczyka korzystać będziemy w uwagach naszych, powyżéj zapowiedzianych, a zapewne uwzględni je także Komisyja balneologiczna.

* Wyciąg z uchwał Wydziału krajowego po koniec sierpnia rb. Wydano nominacyję Dr. Franciszkowi Grodeckiemu na sekundaryjusza w szpitalu tarnowskim. — Dr. Pieniążkowi pozwolono wykładać w szpitalu św. Łazarza w Krakowie laryngoskopiję z demonstracyjami. — Taksę za leczenie chorych dorosłych w szpitalu tarnopolskim podniesiono na 54 centów dziennie. — Taksę za leczenie dzieci w szpitalu św. Ludwika w Krakowie podniesiono na 55 centów dziennie. — Z powodu złego stanu szpitala powszechnego w Nowym Sączu zawezwano zwierzchność gminną, ażeby wskazane usterki usunęła i o tém sprawę zdała; równocześnie wezwano radę szpitalną, ażeby czuwała nad wykonaniem poleceń Wydziału krajowego. — Zezwolono na pokrycie dachu w szpitalu żółkiewskim nową blachą i na wybudowanie lodowni. — Na zapytanie Namiestnictwa, czy Wydział krajowy gotów jest oddać rządowi do dyspozycyi resztę funduszu, przeznaczonego na adaptacyję realności dla szkoły weterynaryi we Lwowie, w razie, gdyby przez założenie takiéj szkoły kosztem skarbu państwa kwota ta okazała się potrzebną do wykończenia niezbędnych adaptacyj, oświadczono, że Wydział krajowy w sprawie téj odnieść się musi do Wys. Sejmu, celem uzyskania upoważnienia. Dodano zarazem, że jakkolwiek uchwała Wys. Sejmu o założeniu szkoły weterynaryi we Lwowie kosztem kraju została cofniętą, mimo to spodziewać się można pomyślnéj decyzyi w sprawie powyższéj, gdyż Wys. Sejm cofając uchwałę swoją o założeniu szkoły weterynaryi kosztem kraju, chciał tylko kres położyć dalszym ofiarom kraju na ten cel, nie odejmując jednak tego, co już przeznaczył.

* W Cislitawii (w zachodniéj połowie monarchii austro-węgierskiéj) istnieje obecnie 3130 t. zw. chirurgów. Z téj liczby wypada na Austryję dolną 586, na Czechy 526, Morawę 385, Styryję 340, Austryję górną 300, Tyrol 157, Szląsk 91, Salzburskie 80, Karyntyję 74, Krainę 52, Bukowinę 36, Galicyję 351, Dalmacyję 17, Tryjest 15, Istryję 11, Gorycyję 10.

Statystyka epidemij. Od 31 sierpnia do 13 września umarło w Krakowie: z ospy 5, z płonicy 4, z duru brzusznego 2, z kiły 1. Doniesiono od 31 sierpnia do 20 września: o 15 przypadkach ospy (2 z Rynku L. 49, 1 z ul. Łobzowskiéj L. 100, 4 z ul. Garncarskiéj L. 139, 1 z ul. Zwierzynieckiéj L. 30, 5 z ul. Krzyżowéj L. 39, 1 z ul. Krzywéj, 1 z Krakowa) u dzieci samych nieszczepionych; 7 płonicy (z ul. Krzyżowéj L. 39, 2 z Mogiły, 1 z ul. Krupniczéj L. 18); 4 róży (z Tęczynka, z ul Stolarskiéj L. 480, z Nowéj Wsi, z Rząski); 1 dławca (z Krakowa); 2 duru brzusznego (z Mogilan i z ul. Kierków L. 182); 1 zapalenia opon mózgordzeniowych (z Przegini Duchownéj).

Statystyka śmiertelności. W czasie od 31 sierpnia do 13 września umarło w Krakowie osób 46; roczna śmiertelność na 1.000 mieszkańców wynosiła 22,0; we Lwowie 28,7; w Warszawie 24,8; w Poznaniu 34,3; w Wiedniu 25,2; w Budapeszcie 36,9; w Pradze 38,8; w Tryjeście 42,9; w Berlinie 26,9; w Wrocławiu 33,4; w Monachijum 31,6; w Dreznie 26,8; w Brukseli 23,8; w Paryżu 24,7; w Londynie 19,2; w Chrystyjanii 16,8; w Petersburgu 33,6; w Odessie 36,8; w Bukareszcie 36,0. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 26 września. Prezes Akademii Umiejętności, prof. Dr. Józef Majer, mianowany został przez N. Pana dożywotnim Członkiem Izby Panów. Nominacyja ta jest dowodem szczególnéj łaski Monarszéj dla Akademii Umiejętności, która tym sposobem w osobie swego kierownika postawioną jest na równi z wiedeńską; ponowne zaś a tak świetne uznanie zasług czcigodnego Prezesa jest zaszczytném także dla Uniwersytetu naszego, którego nowomianowany przez długi szereg lat był jedną z największych ozdób, oraz dla lekarzy polskich w ogóle, z pośród których N. Pan już po raz drugi powołuje członka do Senatu austryjackiego. Jak do niedawna w Izbie Panów z lekarzy obok Rokitańskiego zasiadał tylko nasz Dietl, tak obecnie stan lekarski w Austryi mieć będzie w niéj dwóch reprezentantów w osobach Majera i równocześnie powołanego prof. Brückego.

* W numerze 37 tygodnika *Wiener medicin. Presse* Dr. Kroczak, asystent prof. Rokitańskiego w Insbruku, ogłosił w formie owych ulubionych w Niemczech, a często bardzo fatalnych „doniesień tymczasowych“ wiadomość o świetnych skutkach otrzymanych w klinice przerzeczonéj ze stosowania wziewań bedźwinianu sodowego w suchotach płucnych. Dzienniki nielekarskie pochwyciły tę wiadomość, ten tryjumf „przeciwprątkowego leczenia suchot“ jako rokujący zbawienie dla chorych. Czasopisma fachowe wiedeńskie już występują przeciw tym przesadzonym nadziejom, po części nawet sarkastycznie, a i nam się zdaje, że Rokitańsky tą swoją tymczasową wiadomością zaszkodził sobie i klinice swojéj. Dodać tylko możemy, że środek ten i u nas niejest nowością, bo koledzy tutejsi stosują go już od dość dawna bez widocznego skutku.

* Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Baden-Baden obrał Gdańsk na miejsce przyszłorocznego Zjazdu. Bodajby mu się lepiéj powiodło, aniżeli Zjazdowi węgierskiemu, który dopiero po rozejściu się otrzymał wiadomość, iż miasto Steinamanger, obrane na miejsce przyszłego Zjazdu, podziękowało uprzejmie za zaszczyt, ale zarazem oświadczyło, że nie jest w możności podjęcia i umieszczenia uczonych członków Zjazdu.

* W Cieplicach czeskich bawiło do d. 17 b. m. gości 11157.

* Na ostatniém pełném zebraniu Zjazdu w Baden-Baden przyszło nareszcie do owego tak szumnie zapowiedzianego wykładu demonstracyjnego Dra Gustawa Jägera ze Sztutgartu o duszy. Zeskromniał wprawdzie demonstrator duszy, bo mówił tylko

o „poruszeniach umysłu.“ gdy jednak zaczął szukać czynności umysłowych w wyziewach zwierzęcych, zgromadzenie powitało dowodzenie jego tak niedwuznacznemi okrzykami oburzenia, że dalszego przemówienia musiał zaniechać. *Sic transit gloria mundi.* Na témże posiedzeniu mówił fizyjolog Schiff o metaloterapii, a podróżnik Nachtigall o Saharze, a na wykładzie jego obecnemi były Cesarzowa niemiecka, córka jéj W. X. badeńska i wnuczka.

* Numer niniejszy Przeglądu Lekarskiego umieszczony zostanie w gałce, która na pamiątkę wykończenia restauracyi Sukiennic wieńczyć ma gmach ten okazały. Znajdzie się tam numer pisma naszego w towarzystwie wszystkich innych czasopism polskich.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Maks. Huppert mianowany został dyrektorem saskiego zakładu dla obłąkanych w Hubertusburgu.—Proff. Budge i Pernice w Gryfii otrzymali order czerwonego orła.

* **Nekrologija.** W Angiii umarli: znakomity operator Tomasz Tatum, licząc lat 77 i jeneralny lekarz w armii Jakób Gordon Inglis.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 12: Dogiela: Poszukiwania farmakologiczne (c. d.); Narkiewicza-Jodki: Ósme sprawozdanie z instytutu oftalmicznego (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 37: Markiewicza: Spostrzeżenia z praktyki na wsi; Niewodniczańskiego: Elektryczność w cierpieniach oczu.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

P. K. w Gorlicach: Zamierzyliśmy ogłosić wiadomość przez szan. kolegę już dawniéj przesłaną; obecnie atoli już tego uczynić niemożemy, skoro wiadomość ta ukazała się już po niemiecku w Nrze 37 tygodnika „*Med. Chir. Centralblatt*“. — **Dr. B. we Lwowie:** Za pamięć i list serdecznie dziękujemy. — **Dr. S. w Djakowie:** Otrzymaliśmy i umieścimy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 4 października 1879. № 40. Rok XVIII.

I. Przypadek amyotroficznego porażenia opuszkowego ze zwyrodnieniem dróg piramidalnych.

Skreślił Dr. A. Adamkiewicz,
Docent prywatny Uniwersytetu i starszy lekarz szpitala Charité w Berlinie.

Dnia 12 sierpnia 1878 przedstawiono w szpitalu Charité na poliklinice dla chorób nerwowych chorą, wdowę po szewcu, 30 lat liczącą.

Wywiady: Od krewnych dowiedziano się, że chora jest niemą i zupełnie porażoną, że musi być karmioną przez otaczających, bez których pomocy nawet w wykonaniu najprostszych czynności obejść się nie może. Do roku 1870 nie chorowała wcale, ani też nie zdradzała nigdy drażliwości nerwowéj; w rodzinie nie przypominano sobie żadnego przypadku jakiejś choroby nerwowéj. Wkrótce po wypowiedzeniu wojny francuzko-niemieckiéj mąż jéj powołany został do szeregów armii. Wiadomość ta doszedłszy uszu kobiety na to nieprzygotowanéj i wtedy ciężarnéj zupełnie ją przygnębiła; jak piorunem rażona stać miała przez chwilę nieruchoma, a tegoż wieczora poroniła. Odtąd ciągle niedomaga. Gdy po 8 dniach połogu łoże opuściła, nie uszło uwagi krewnych, że mówiąc zacinać się poczyna, że ciężko i mozolnie kroki stawia, przyczém także i osłabienie rąk z widocznym ich uwiądem i schudnieniem wystąpić miało. Objawy te z czasem powoli się wzmagały, tak że od roku 1874 czy 1875 z otaczającymi ani ustnie porozumieć się, ani też ramion i rąk poruszać nie mogła i tylko przy pomocy obcéj drobno, posuwiście i sztywnie kroczyła. W ostatnim czasie utraciła i tę nędzną resztę chodu, w skutek czego krewni uznali za potrzebne i na czasie szukać porady lekarskiéj w szpitalu Charité.

W uzupełnieniu dodano, że usta choréj po utracie mowy ustawicznie na wpół się otwierały, gdyż ich ani rozwierać ani zamykać nie była w stanie, przez co ślina obficie się wydzielająca zupełnie wolny miała odpływ.

Chora miała się często i łatwo zakrztuszać i wiele kaszleć. W ciągu ostatniego roku zauważano także szczególne ułożenie głowy, którą badana zawsze naprzód pochylając brodą na piersi wspierała: dlatego bardzo lubiła siedzieć za stołem, głowę na nim wspierając, z rękoma na podołku skrzyżowanemi. Badanie stwierdziło w zupełności podanie krewnych.

Badanie kliniczne: Nieruchomie skulona na krześle, z cichym jękiem, z głową mocno naprzód pochyloną, brodą na piersi wspartą, z zaciśniętemi chudemi rękoma, nogami na dół spuszczonemi i na wewnątrz zwróconemi, tak że palce nóg razem się stykały, z ustami do płaczu ułożonemi, z wargami na wpół otwartemi a pienistą śliną pokrytemi, przedstawiała smutny obraz, z jakim chyba w zakładzie dla obłąkanych spotkać się można. Ruchy oddechowe, nieartykułowane głosy i jęki, które się z głębi piersi choréj wydobywały, żywy, ku górze zwrócony wzrok, wyrównający niejako ułożenie głowy, a który zpod czoła pomarszczonego zdradzał ból istoty mocno cierpiącéj i doniosłość swéj niedoli pojmującéj, były jedynemi oznakami życia naszéj pacyjentki.

Po przyjęciu jéj do kliniki pokazało się, że wychudła na całém ciele, tak że na niektórych miejscach prawie tylko kościec pozostał, a na wielu mięśni brakowało. W ogólności można było wykazać, że ten zanik mięśniowy poczynał się od dolnego obszaru nerwu twarzowego, objawiając sie najwyraźniéj na szyi i że ku dołowi w miarę odległości grup mięśniowych od szyi i karku się zmniejszał; dlatego też na odnogach dolnych najlepiéj zachowały się kształty anatomiczne. Mięśnie łydkowe szczególnie dobrze są odżywione, a w czynnościach swych mają przewagę nad antagonistami, następstwem czego silne wyprostowanie obu stóp w kierunku podeszwowym.

Na udach zaś uderzał niestosunek między objętością zginaczy a wyprężaczy zachodzący, z których pierwsze były dobrze a drugie źle odżywionemi. Ztąd też pochodziło stałe prawie ułożenie choréj ze zgiętemi w kolanach nogami, daremném też było wzywanie jéj do wyprostowania zgiętych podudzi. I mozolne usiłowania postawienia jéj na nogi speł-

ły na niczém, gdyż chora żadną miarą na nich opierać się nie mogła.

Pokłady mięśniowe miednicy były tak wiotkie i zanikłe, że przez nie z łatwością można było wybadać najdrobniejsze szczegóły kośćca miednicy.

Na klatce piersiowéj i grzbiecie, żebra i wyrostki ciernistc kręgów nietylko wymacać, ale nawet wzrokiem rozeznać można, jakby na kośćcu. Szyja i kark zmarniały nabrawszy dziwnego kształtu dla braku mięśni udzielających im formy i podpory; mięśnie te a nawet najszerszy szyi *(platysma)* prawie zupełnie zanikły, tak że z obu mięśni sutko-mostko-obojczykowych tylko dwa postronki grubości pióra pozostały, a w mięśniach kapturowych tylko resztki istoty kurczliwéj za pomocą prądu elektrycznego wykazano.

I mięśnie ramion i rąk w nędznym są stanie. Grupę zginaczy rąk i palców jak i mięśnie zwracające długie *(supinatores longi)* zaledwie czuć można. Mięsień piersiowy wielki, dwugłowy i trójgłowy zdradzały swą obecność tylko oddziaływaniem na prąd elektryczny, a dla mięśni opuszkowych kciuka i mięśni łopatek nawet ten ostatni sposób badania nie wystarczał, z powodu zupełnego prawie ich zaniku.

W ogóle zanik ten rozwinął się silniéj po lewéj stronie ciała niż po prawéj a ograniczał się szczególnie do wyprężaczy.

Ogólnemu zanikowi mięśni odpowiadała też zupełna prawie utrata czynności ruchowych dowolnych, gdyż tylko mięśnie odpowiadające górnym gałęziom n. twarzowego i okoruchowego są należycie nanerwione. Z wyjątkiem więc słabych zgięć na odnogach i niedostatecznych ruchów warg, żadnych innych dowolnych chora wykonywać nie była w stanie.

Jedynym dźwiękiem, jaki wśród niewyraźnego i kurczowo wydawanego szmeru wydechowego usłyszeć i rozróżnić było można, były głoski wargowe, chora bowiem mogła, wprawdzie mozolnie i niezupełnie zamykać, usta zwykle na wpół otwarte. Zresztą co tylko wypowiedzieć usiłowała, było zawsze jednym i tym samym nieartykułowanym szmerem. Przyczyną braku zmienności tegoż szmeru była oczywiście nie tylko utrata ruchów szczęki, ale także zupełne porażenie języka, znoszące możność modulacyi odgłosu.

Z téjże saméj przyczyny i żucie potraw stałych było dla choréj niemożebném. Płynne potrawy wprawdzie dobrze połykała, jednak nie bez zakrztuszania się, jeśli przytém pilnie na siebie nie uważała.

Język z trudnością tylko wysuwał się ku zębom, a po rozwarciu tychże z pewną siłą można go było wyczuć na dnie gęby jako wiotki, okrągły i zanikający płat mięsny.

O ile zaś mięśnie były zachowane, o tyle znajdowały się w pewnym stopniu naprężenia, dla tego czuć można było przy ruchach biernych w stawach opór, łatwy wprawdzie do zwalczenia. Dlatego też i objawy ścięgnowe *(Sehnenphänomen)* były wyraźniejsze a odruchy powiększone.

Badanie choréj z pomocą elektryczności wykazało co następuje: (C. d. n.)

II. Trucizny pot wywołujące.

Podał prof. **F. Nawrocki** w Warszawie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39.)

B. Trucizny działające na obwodowe zakończenia nerwów potowych.

Do takich trucizn zaliczamy pilokarpin i muskaryn. Na tém miejscu opiszę bliżéj działanie pilokarpinu, a najpierw przytoczę rezultaty otrzymane przez innych badaczy.

B. Luchsinger *(Pflügers Archiv* 1877, XV. str. 482) przeciął u kota n. kulszowy, a przekonawszy się, że przy drażnieniu jego obwodowego odcinka strumieniami indukcyjnemi wystąpił pot na odpowiedniéj łapie, wstrzyknął pod skórę grzbietu 0·01 grm. *pilocarpini muriatici.* W trzy minuty po wstrzyknięciu trucizny pot pojawił się równocześnie na wszystkich czterech łapach.

Z tego doświadczenia wnosi Luchsinger, że pilokarpin i obwodowo, niezależnie od ośrodków nerwowych, może sprowadzić wydzielenie potu. Lecz ponieważ pilokarpin należy do téj saméj grupy trucizn, drażniących ustrój nerwowy gruczołów, co nikotyn i fizostigmin, dla tego Luchsingerowi wydaje się nieprawdopodobném przypuszczenie, że pilokarpin nie działa równocześnie na ośrodki potowe. Dla rozstrzygnięcia tego pytania należy zniszczyć wpływ mózgowia na ośrodki potowe i nie dopuścić zatrutéj krwi do gruczołów potowych. W tym celu Luchsinger zachloroformował młodego kota, włożył rurkę do tchawicy i zastosowawszy sztuczne oddychanie, otworzył klatkę piersiową poprzecznie między 3ciém i 4tém żebrem, następnie podwiązał cztery wielkie tętnice szyjowe (w niektórych doświadczeniach nadto przeciął rdzeń kręgowy na wysokości pierwszego kręgu szyjowego) i ranę zeszył. Łapy pokryte kroplami potu osuszył i gdy nowe krople potu więcéj nie występowały, podwiązał aortę brzuszną i wstrzyknął w żyłę szyjową 1—2 cc. 1% roztworu pilokarpinu. Wkrótce pot wystąpił ponownie na łapach tylnych, do których przypływ krwi był wstrzymanym; nadto często można było zauważyć słabe drgawki w ogonie i tylnych odnogach. Po zdjęciu ligatury wydzielenie potu stało się jeszcze obfitszém. Wstrzykując większe dawki pilokarpinu można, jak podaje Luchsinger, wywołać bardzo silne podrażnienie rdzenia. W takim razie pojawiają się nawet silne skurcze (konwulsyje) w tylnych odnogach.

Przy mych badaniach *(Medycyna* 1878, VI. Nr. 4) przekonałem się, że pilokarpin działa li tylko obwodowo i nie wywiera żadnego wpływu na ośrodek potowy.

Marmé (l. c. str. 110) zgadza się ze zdaniem Luchsingera, że pilokarpin działa nie tylko na obwodowe zakończenia nerwów potowych, lecz i na ośrodki potowe. Zdanie swe opiera na następujących doświadczeniach:

U kota słabo zatrutego kurarą podwiązał cztery wielkie tętnice szyjowe przy samym ich początku i aortę brzuszną ponad *art. iliaca communis* i wstrzyknął pilokarpin w tkankę podskórną. Wkrótce pot wystąpił na wszystkich czterech łapach, z początku (w 2 minuty) na przednich, następnie (w 4 — 6 minut) na tylnych łapach, naprzód w małych a późniéj i w wielkich kroplach. Atropin wstrzymujący wydzielenie potu przy swobodném krążeniu, w tym przypadku okazał się bezskutecznym.

Ponieważ mogła zachodzić wątpliwość, czy pilokarpin w tym przypadku podziałał na ośrodek potowy w rdzeniu przedłużonym, lub też na wychodzące z niego włókna potowe, znajdujące się po części w rdzeniu kręgowym, po części w nerwie współczulnym, dlatego Marmé wykonał jeszcze dwa rzędy doświadczeń. Pocącym się kotom przecinał rdzeń kręgowy na wysokości 6go kręgu grzbietowego i starannie zaszywał ranę. Gdy zwierzę przyszło do siebie, przekonał się, że nie można było wywołać potu na tylnych odnogach; następnie podwiązał aortę brzuszną i wstrzyknął podskórnie pilokarpin; na tylnych łapach pot się nie pojawił,

podezas gdy przednie obficie go wydzielały, również ślina i łzy kroplami wyciekały.

W innych doświadczeniach Marmé przecinał rdzeń na wysokości 1go kręgu grzbietowego, podwiązywał cztery główne tętnice szyjowe i aortę brzuszną i wstrzykiwał poskórnie pilokarpin; wszelako pot nie pojawił się na żadnéj łapie.

We wszystkich tych doświadczeniach pilokarpin mógł podziałać na włókna potowe pomiędzy ośrodkiem i obwodem, tj. w rdzeniu i brzusznym nerwie współczulnym, i wywołać transpiracyję, a mimo to jéj nie było. Dlatego podług Marmégo winniśmy przypuścić, że pilokarpin, jeżeli nie może dojść do obwodu nerwów potowych, sprowadza diaforezę, działając na ośrodek potowy.

Ponieważ Luchsinger i Marmé zgadzają się ze mną co do obwodowego działania pilokarpinu, dlatego przytoczę tylko kilka z doświadczeń w tym kierunku dokonanych.

1) 13/2 1877. U kota przeciąłem o 2 godzinie n. kulszowy prawy i ranę zaszyłem. 14/12 o 2 godz. przeciąłem *nn. medianus et ulnaris sinister* i wstrzyknąłem 0·005 grm. *pilocarpini muriatici*; wszystkie cztery łapy pokryły się potem.

2) 2/11 1877. U kota kurarą zatrutego przeciąłem rdzeń kręgowy na wysokości 3go kręgu grzbietowego i wstrzyknąłem 0·01 grm. pilokarpinu. Pot wystąpił na wszystkich czterech łapach.

3) 21/11 1877. U kota przeciąłem o 11 godz. n. kulszowy prawy. 24/11 o $11^3/_4$ godz. wstrzyknąłem 0·01 grm. pilokarpinu: na obydwóch przednich i na lewéj tylnéj łapie wystąpiły krople potu; prawa tylna łapa pozostała suchą. Drażnienie n. kulszowego prawego silnemi strumieniami indukcyjnemi (60 mm. odległość bobin) również nie wywołało potu.

4) 14/9 1877. U kota przeciąłem o 11 godz. rdzeń na 9tym kręgu grzbietowym i ranę zaszyłem. 17/9 o 1 godz. wstrzyknąłem 0·02 grm. pilokarpinu; przednie łapy pokryły się potem, tylne pozostały suchemi.

5) 21/11 1877. U kota przeciąłem o $11^3/_4$ rdzeń na 9tym kręgu grzbietowym i ranę zaszyłem. 22/11 o $1^3/_4$ godz. wstrzyknąłem 0·01 grm. pilokarpinu; na przednich łapach wystąpił pot, tylne pozostały suchemi.

6) 24/9 1877. U kota o 11 godz. przeciąłem lewy nerw sympatyczny w jamie brzusznéj i ranę zaszyłem. 26/9 o 1 godz. wstrzyknąłem 0·01 grm. pilokarpinu; obie przednie i prawa tylna łapa pokryły się potem, lewa tylna łapa pozostała suchą.

Pod jednym tylko względem rezultaty moje różnią się nieco od rezultatów Marmégo (l. c. str. 105). Marmé po przecięciu n. kulszowego aż do końca drugiego tygodnia wywoływał za pomocą pilokarpinu wydzielenie potu na operowanéj łapie. Ja po przecięciu n. kulszowego, rdzenia lub części brzusznéj n. współczulnego, zwykle już po dwóch dniach nie mogłem wzbudzić potu w operowanéj łapie; „ztąd możemy tylko ten wyprowadzić wniosek, że n. potowe nie zostające już pod wpływem swego ośrodka nerwowego, bardzo szybko tracą swą pobudzalność *(Medycyna* 1878. VI Nr. 4)“.

Marmé mówi (l. c. *Nachschrift.* str. 135): *„von F. Nawrocki wird die centrale Erregung der Schweissecretion durch Pilocarpinum muriaticum bestritten. Dem gegenüber muss ich meine durch zahlreiche Versuche gesicherten Resultate ungeschmälert aufrecht erhalten“*. Gdy i tak poważny badacz, jak Marmé, przyszedł do przekonania, że pilokarpin nie tylko obwodowo, lecz i ośrodkowo działa, wykonałem liczne doświadczenia, a to w celu, żeby:

1) bliżéj zbadać, przy jakich warunkach po wprowadzeniu pilokarpinu do organizmu występuje pot na odnogach, których tętnice poprzednio podwiązano;

2) wykazać o ile możności przyczynę, dla czego Luchsinger i Marmé otrzymali dodatnie, ja zaś bez wyjątku ujemne rezultaty;

3) utwierdzić się w tém przekonaniu, że wystąpienie potu na łapie z podwiązaną tętnicą w 4 — 6 minut (Marmé) po zastrzyknięciu pilokarpinu jest rzeczywiście wynikiem podrażnienia ośrodków potowych, i że nie ma ubocznych dróg, któremi pilokarpin może się dostać do obwodowych zakończeń nerwów potowych.

By czytelnika zapoznać z metodą, jakiéj się trzymałem przy swoich badaniach, przytoczę po jedném z każdego szeregu doświadczeń a następnie rozbiorę otrzymane przez siebie rezultaty.

7) 1/5 1878. U słabo kurarą zatrutego kota przeciąłem po lewéj stronie nn. *ischiadicus medianus et ulnaris* i ranę zaszyłem. Odsłoniłem cztery tętnice szyjowe, bez poprzecznego przecięcia klatki piersiowéj. (Przecinanie poprzeczne klatki piersiowéj między 3cim i 4tém żebrem, jak to czynił Luchsinger, uważałem za zbyteczne, gdyż po oddzieleniu mięśni przyczepiających się do 1go i 2go żebra, unosząc przedni koniec mostka tępym haczykiem, możemy z łatwością podprowadzić ligatury pod tętnice szyjowe.) Następnie o 12 godz. 20 min. wstrzymałem oddychanie przez 3 minuty; pot wystąpił po prawéj stronie na przedniéj i tylnéj łapie. O 12 godz. 38 min. podwiązałem aortę brzuszną bezpośrednio po nad jéj rozdziałem na *art. iliacae communes*; następnie podwiązałem po prawéj stronie wspólny pień tętnic: podobojczykowéj prawéj i głowowéj prawéj i lewéj, po lewéj stronie podobojczykową lewą. Do 12 godz. 43 min. nie było potu. O 12 godz. 45 min. wstrzymałem oddychanie przez 3 minuty. Wystąpiły drgawki odnóg po prawéj stronie, lecz potu nie było. O 12 godz. 51 min. wstrzyknąłem 0·01 grm. pilokarpinu ($^1/_2$ — 1% wodnego roztworu *pilocarpini muriatici)* w lewą żyłę szyjową; nawet po 10 minutach nigdzie potu nie było (ani ślina, ani łzy się nie pojawiły). O 1 godz. 1 min. zdjąłem ligaturę z aorty; o 1 godz. 3 min. pot zaczął się pokazywać na tylnych łapach, o 1 godz. 5 min. obie te łapy były pokryte obfitym potem. Na przedniéj lewéj łapie pokazały się ślady potu, prawa przednia pozostała suchą. O 1 godz. 8 min. zdjęto ligaturę z tętn. podobojczykowéj lewéj, następnie ze wspólnego pnia prawego. O 1 godz. 15 min. bardzo znaczne wydzielenie potu na tylnych łapach; przednie łapy zaczęły się również pocić (prócz tego pojawiło się słabe wydzielenie łez i śliny).

Do jakich wniosków prowadzi nas przytoczone doświadczenie? Niepojawienie się potu przy wstrzymaniu oddychania w kilka minut po przewiązaniu tętnic szyjowych, gdy przed podwiązaniem przy tychże samych warunkach pot wystąpił na odnogach z nieprzeciętemi nerwami, pokazuje nam, że ośrodki potowe po wstrzymaniu dopływu krwi szybko tracą swą pobudzalność, że zatém przy doświadczeniach, przy których pożądaną jest jak największa pobudzalność ośrodków nerwowych, podwiązania tętnic szyjowych unikać należy.

Zapytajmy się, w jakim celu podwiązywano tętnice szyjowe? Luchsinger (l. c. str. 485) chciał ochronić ośrodki potowe (leżące wedle jego zdania w rdzeniu kręgowym) od wpływu wielkich półkul mózgowych *(wir haben die Schweisscentren des Rückenmarkes vor dem Einflusse der Psyche zu schützen)* i dlatego wstrzymywał dopływ krwi, by zniszczyć

pobudzalność mózgowia. Wiadomo bowiem, jak szybko niknie pobudzalność ośrodków nerwowych po wstrzymaniu dopływu krwi. Lecz dlaczego Marmé (przypuszczający siedlisko ośrodka potowego w rdzeniu przedłużonym l. c. str. 112) podwięzywał cztery szyjowe tętnice, i starał się przekonać, czy z powodu nieprawidłowego rozkładu naczyń (w niektórych razach u kotów między tętn. podobojczykową lewą a *truncus anonymus* wprost z łuku aorty oddziela się dość znaczna tętnica, która biegnąc po szyi wchodzi do jednego lub drugiego otworu międzykręgowego), krew pomimo wymienionego podwiązania nie dostawała się do mózgowia. Dlatego (po podwiązaniu tętnic szyjowych) wstrzykiwał stężony roztwór indigosiarkanu sody do żyły szyjowéj aż do niebieskiego zabarwienia skóry i używał do doświadczenia li tylko takich zwierząt, u których spojówki nie zabarwiły się niebiesko. Marmé nie podaje nam przyczyny, dla któréj przy swych doświadczeniach nad ośrodkowém działaniem pilokarpinu starannie wstrzymywał dopływ krwi do mózgowia, i ja jéj odgadnąć nie jestem w stanie.

W ogóle nieuzasadnioném jest nie tylko zupełne, lecz nawet i częściowe utrzymanie dopływu krwi do mózgowia w takich doświadczeniach, w których właśnie o to się staramy, ażeby trucizna wprowadzona w organizm najpiérw i jak najprędzej dostała się do ośrodków leżących w rdzeniu przedłużonym. Zresztą nie możemy pojąć, jaką drogą w doświadczeniach Marmégo pilokarpin dostawał się do mózgowia, jeżeli u tychże zwierząt przy jednakowych warunkach indigosiarkan sody, aczkolwiek w znacznéj ilości do krwi wprowadzony, nie przechodził do naczyń krwionośnych mózgowia.

Wymienione powody skłoniły mnie do tego, że w następujących doświadczeniach pilokarpin wstrzykiwałem w obwodowy odcinek tętnicy głowowéj, ażeby trucizna najpierw i bezpośrednio zetknęła się z ośrodkami potowemi.

8) 6/4 1878. U kota słabo zatrutego kurarą przeciąłem n. kulszowy lewy. O 12 godz. 33 min. podwiązałem aortę brzuszną (we wszystkich przypadkach aortę podwiązywałem o ile możności najniżéj; przyczynę niżéj wyjaśnię). O 12 godz. 43 min. wstrzyknąłem w obwodowy odcinek t. głowowéj 0·01 grm. pilokarpinu. Po upływie jednéj minuty rozpoczęło się słabe wydzielenie potu na przednich łapach, tylne pozostały suchemi. O 12 godz. 53 min. wstrzyknąłem ponownie w tętnicę 0·01 grm. pilokarpinu, tylne łapy pozostały suchemi, i na przednich ustało wydzielenie potu. O 1 g. 5 min. zdjęto ligaturę z aorty, tylne łapy prawie natychmiast pokryły się potem; przednie poczęły znów wydzielać pot o 1 godz. 13 min.

9) 8/10 1878. U kota kurarą zatrutego przeciąłem n. kulszowy lewy. O 1 godz. 51 min. podwiązałem aortę brzuszną. O 1 godz. 55 min. wstrzyknąłem w t. głowową 0·01 pilokarpinu. Po upływie $1/2$ minuty pot wystąpił na przednich łapach, obie tylne łapy pozostały suchemi. O 2 godz. 7 min. zdjąłem ligaturę z aorty; po upływie 1 minuty tylne łapy zaczęły pot wydzielać.

10) 9/4 1878. U kota kurarą zatrutego przeciąłem n. kulszowy lewy. O 12 godz. 39 min. podwiązałem aortę brzuszną, o 12 godz. 45 min. wstrzymałem oddychanie na 4 minuty; przednie łapy i tylna prawa pokryły się potem; tylna lewa pozostała suchą. Osuszywszy starannie łapy, gdy pot więcéj się nie pojawiał, wstrzyknąłem o 12 godz. 56 min., w t. głowową 0,01 grm. pilokarpinu; po upływie 1 minuty przednie łapy pokryły się obfitym potem, tylne pozostały suchemi. O 1 godz. 1 min. zdjąłem ligaturę z aorty, o 1 godz. 4 min. pojawił się pot na prawéj tylnéj, o 1 godz. 6 min. na lewéj tylnéj łapie.

11) 9/4 1878. U wielkiego słabo kurarą zatrutego kota przeciąłem n. kulszowy lewy. O 2 godz. 5 min. podwiązałem wspólną tętnicę biodrową pr. O 2 godz. 7 m. wstrzymałem oddychanie na 3 minuty, już po upływie 1 minuty przednie łapy i prawa tylna pokryły się potem, lewa tylna pozostała suchą. O 2 godz. 15 min. wstrzymałem ponownie oddychanie na 2 minuty, pot wystąpił na tychże samych łapach. O 2 godz. 21 min. wstrzyknąłem w t. głowową 0·01 grm. pilokarpinu; bardzo szybko przednie łapy i lewa tylna pokryły się potem; prawa tylna pozostała suchą. O 2 godz. 59 min. zdjąłem ligaturę z t. biodrowéj pr., o 3 godz. pot wystąpił na prawéj tylnéj łapie.

12) 17/4 1878. U słabo kurarą zatrutego kota zacisnąłem (za pomocą ściskacza, *Klemme)* aortę brzuszną o 1 godz. 1 min. i zaraz potém wstrzyknąłem w t. głowową 0,01 grm. pilokarpinu. Po upływie $1/2$ minuty pot zjawił się na przednich łapach, tylne pozostały suchemi. O 1 godz. 5 min. odjąłem ściskacz; o 1 godz. $6 1/2$ min. tylne łapy obfitym pokryły się potem.

Z tych doświadczeń widzimy, że nawet przy najdogodniejszych warunkach (znaczna pobudliwość ośrodka potowego, bezpośrednie zetknięcie się z nim trucizny) ani razu nie zdołałem wywołać potu, działając pilokarpinem na ośrodki nerwowe, których podrażnienie (wstrzymaniem oddychania lub wyżéj wymienionemi truciznami) prawie natychmiast wywoływało obfite wydzielenie potu. Nie mogę się zatém zgodzić ze zdaniem Luchsingera i Marmégo, że pilokarpin działa nie tylko na obwodowe zakończenia nerwów, lecz również na ośrodki potowe. Jeżeli zaś zgodzę się na to, że w wymienionych doświadczeniach Luchsingera i Marmégo pojawienie się potu było wynikiem działania pilokarpinu, to zmuszony jestem przypuścić, że trucizna mimo podwiązania tętnic jakąkolwiekbądź drogą dostała się do obwodowych zakończeń nerwów potowych. Mimowoli nasuwa się nam pytanie, czy podwiązanie aorty brzusznéj wstrzymuje absolutnie dopływ krwi do odnóg dolnych? Dla wyjaśnienia tego pytania po podwiązaniu aorty brzusznéj (na różnych wysokościach między t. nerkową a tt. biodrowemi wspólnemi) wstrzykiwałem stężony wodny roztwór indigosiarkanu sody do żyły szyjnéj i badałem, jak szybko po wstrzyknięciu wymienionego preparatu wystąpi niebieskie zabarwienie na tylnych łapach.

13) 1/5 1878. U kota kurarą zatrutego, tego samego który służył do doświadczenia 7, o 1 godz. 40 min., podwiązałem powtórnie aortę brzuszną bezpośrednio nad jéj rozdziałem na tt. biodrowe wspólne i wstrzyknąłem o 1 god. 43 min. w żyłę szyjną 20 cc. indigosiarkanu sody. Niebieskie zabarwienie pojawiło się: o 1 godz. 45 min. na przednich łapach; o 1 godz. 47 min. na skórze obydwóch bioder; o 1 godz. 48 min. na goleni; o 1 godz. 49 min. na górnéj powierzchni tylnych łap; o 1 godz. 57 min. na dolnéj lewéj tylnéj, a o 1 godz. 58 min. na dolnéj prawéj tylnéj powierzchni (a zatem po upływie 14 minut).

14) 6/4 1878. U kota słabo kurarą zatrutego, z przeciętym n. kulszowym, podwiązano o 1 godz. 25 min. w témże samém miejscu aortę brzuszną i wstrzyknięto w żyłę szyjną 12 cc. indigosiarkanu sody. Bardzo szybko wystąpiło niebieskie zabarwienie przedniéj połowy ciała; na dolnych po-

wierzchniach tylnych łap pierwsze ślady zabarwienia pokazały się o 1 godz. 31 min. (czyli po upływie 6 minut).

15) 5/4 1878. U kota zatrutego kurarą przecięto n. kulszowy lewy; o 12 godz. 30 min. podwiązano aortę brzuszną poniżéj odejścia tętnicy nerkowéj; o 12 godz. 33 min. wstrzyknięto w żyłę szyjną 0·01 grm. pilokarpinu. Wkrótce wystąpił pot na przednich łapach; po upływie 2 minut na lewéj tylnéj i nieco późniéj na prawéj tylnéj łapie. O 12 g. 50 min. wstrzyknięto w żyłę szyjną 12 cc. indigosiarkanu sody. Po upływie $^1/_2$ minuty wystąpiło niebieskie zabarwienie na przedniéj połowie ciała, po upływie 2 minut na lewéj tylnéj i nieco późniéj na prawéj tylnéj łapie.

Widzimy więc, że im niżéj aortę brzuszną podwiązujemy, na têm dłuższy czas możemy wstrzymać dopływ obcego w krew wprowadzonego ciała do tylnych odnóg, i że Marmé racyjonalnie postąpił, nakładając ligaturę na sam dolny koniec aorty brzusznéj; lecz w każdym razie, jeżeli wydzielenie potu nastąpi w 6 minut po wprowadzeniu pilokarpinu do organizmu, może to być wynikiem podrażnienia obwodowych zakończeń nerwów potowych, gdyż jak nam okazują doświadczenia z indigosiarkanêm sody, trucizna przez taki przeciąg czasu mogła do tylnych łap dostać się ubocznemi drogami.

Z doświadczeń tych możemy wyprowadzić następujące wnioski:

1) Jedne trucizny (octan amonowy, fizostigmin, nikotyn, pikrotoksyn) działają wyłącznie na ośrodki potowe; drugie (pilokarpin) wywołują pot tylko wtedy, gdy się dostały do obwodowych zakończeń nerwów potowych.

2) Ponieważ trucizny działające na ośrodek potowy nie wywołują potu po przecięciu rdzenia kręgowego na 1 kręgu szyjowym, to wynika ztąd, że ośrodek potowy musi się znajdować wyżéj, tj. w rdzeniu przedłużonym.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. A. Rothe (w Warszawie): **Psychopathologia forensis czyli nauka o chorobach umysłowych w zastósowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w król. Polskiém i w Galicyi.** Kraków 1879, in 8vo, str. VI. i 181. Wydanie stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lek. polskich w Krakowie.

Gdy przed 10 laty rozpoczęliśmy wykłady o psychijatryi sądowéj, nie tylko nieznaleźliśmy w żadnym języku dzieła, któreby odpowiadało wszelkim wymogom praktycznym i licowało z postępem nauki, ale zastaliśmy bardzo liczne kwestyje nierozwiązane, co do których bardzo żywe toczyły się spory tak pomiędzy lekarzami a prawnikami, jakoteż pomiędzy lekarzami samymi. W miarę sił naszych staraliśmy się tak w Przeglądzie, jako i w innych czasopismach lekarskich i prawniczych, zapoznać prawników i lekarzy naszych z temi kwestyjami spornemi i wyłuszczyć zdanie swoje na podstawie nabytego doświadczenia. W tymże czasie zjawiły się nietylko w Niemczech (Krafft-Ebing), ale i we Francyi (Tardieu, Morel, Legrand du Saulle i inni) i w Anglii (Maudsley) znakomite dzieła, z których jedne (a mianowicie Krafft-Ebinga i Tardieua) obejmują całą naukę, inne roztrząsają pytania szczegółowe. W naszym języku atoli dotychczas nie było dziełka, któreby zebrało materyjał porozrzucany w niezliczonych dziełach i czasopismach i mogło służyć uczącym się za podstawę do zrozumienia dzieł obszerniejszych i rozpraw szczegółowych. Brak ten czuć się dawał tak prawnikom naszym, jak lekarzom sądowym, a zwłaszcza młodszym kolegom, przystępującym do egzaminu rządowego. W głębokiém przekonaniu o potrzebie zaradzenia temu brakowi zachęciliśmy w roku przeszłym kol. Rothego do ogłoszenia rękopismu, który od lat kilku już przygotowany zalegał u światłego i pracowitego autora. Stowarzyszenie zaś wydawnicze, które pod przewodnictwem niestrudzonego rozlicznemi zajęciami prof. Korczyńskiego już tyle położyło zasług koło piśmiennictwa naszego, zaradziło naglącéj potrzebie przez ogłoszenie niniejszéj psychopatologii sądowéj. Nie ubliżając w niczém dziełom poprzednio wydanym, których wartość naukową przez recenzentów fachowych należycie już ocenioną została, wynurzamy tylko przekonanie swoje, że ogłoszenie dzieła w mowie będącego było najbardziéj potrzebném, ponieważ ukazania się takowego z niecierpliwością wyglądali nietylko lekarze, ale i prawnicy nasi.

Co się tyczy dzieła samego, to autor w skromności swojéj przyznaje w przedmowie, „że nie podaje czytelnikowi nic zupełnie nowego lub samodzielnego“ i „że w ułożeniu onego oprócz własnego doświadczenia korzystał z prac tak dawniejszych, jako i najnowszych autorów, zasługujących na rzeczywistą uwagę“ (str. VI). W saméj rzeczy autor dotrzymał w zupełności swego programu, bo autorowie, na których się przeważnie opiera, są to pisarze tak zasłużonego używający wzięcia, jak Griesinger (głównie w rozdziałach o chorobach umysłowych w ogólności, o podziale, przyczynach i wykładzie tychże chorób) i Krafft-Ebing (w rozdziałach o nerwicach, pijaństwie, chorobowéj bezświadomości, wzruszeniach i namiętnościach, manii przelotnéj itd.). Trafność wyboru dzieł najzupełniéj uznajemy, bo sądzimy, że dotychczas jeszcze nikt nie prześcignął Griesingera w jaśném, przystępném a zarazem naukowém wyłożeniu chorób umysłowych, jak też Krafft-Ebing dzierży dotąd berło pomiędzy psychijatrami sądowymi. Z drugiéj strony atoli słusznie zapowiedział Dr. Rothe, że „sposób, w jaki naukę naszą przedstawia, może przyczynić się do rozpowszechnienia wiedzy, tak trudnéj do nabycia“, albowiem sposób ten jest jasny i wyczerpujący, tak że żadnéj kwestyi, lekarza sądowego i prawnika obchodzącéj, nie pomija, a wszystko wykłada zgodnie z obecném stanowiskiem nauki. Zarzucilibyśmy tylko, że autor zbyt gorliwie idąc za swemi wzorami czasem za nadto szerzy się nad kwestyjami drugorzędnemi, jak np. nad szaleństwem przelotném *(mania transitoria)*, która bądź co bądź nader rzadko się zdarza i dlatego małe ma znaczenie sądowolekarskie, lub nad porzuconemi przez lekarzy sądowych stopniami upojenia itd., a za to nawiasowo tylko natrąca o obłąkaniu moralném, które mało, a przynajmniéj niedokładnie znane za czasów Griesingera, obecnie tak żywe wywołało dyskusyje, a lekarza sądowego w tak wysokim obchodzi stopniu; wraz z Griesingerem autor nasz wtłacza nadto obłąkanie moralne w ramy szaleństwa, a wiadomo, że klasyfikacyja ta niefortunna była powodem błędnego zapatrywania się na stan ten dla dawniejszych psychijatrów zagadkowy. Również zbyt krótko rozprawia autor o omamach zmysłowych (halucynacyjach), jakkolwiek dwa razy o nich pisze (str. 26 i 68). Mówiąc o osobach jenijalnych, historycznych, które podlegały omamom, wartałoby wspomnieć i o nieśmiertelnym wieszczu naszym. Ponieważ autor wtedy, gdy dzieło swoje pisał, nie mógł zapewne jeszcze wiedzieć o halucynacyi Mickiewicza, pozwolę sobie wyręczyć go na têm miejscu, aby ślad

o niéj pozostał i w literaturze lekarskiéj. Otóż Mickiewicz następującemi słowy opisuje halucynacyję, któréj doznał pod koniec roku 1839: „Około owego czasu, w miesiącu grudniu, kiedy oglądałem przygotowania do egzekwij Napoleona, miałem w biały dzień widzenie; widziałem człowieka z głębi kraju jadącego wózkiem jednokonnym w biedzie po błocie i we mgle, i uczułem, że ten człowiek wiezie wielkości, wielkie rzeczy“. (Było to widzenie hegiry Towiańskiego, jadącego z Litwy ku Francyi.)

Wracając do dzieła Dra Rothego, to z wyjątkiem wspomnionych wyżéj usterków nieznacznych, nietylko niemiałbym co do przedmiotu samego nic więcéj do wytknięcia, ale przyznać muszę, że reszta kwestyj, a głównie pod względem sądowolekarskim, wszędzie jest bardzo dobrze opracowaną, że tylko przytoczę ustępy o poczytności, o badaniu stanu umysłowego, o udawaniu itd.

Natomiast pod innemi względami pozwolimy sobie jeszcze kilka uwag:

W krótkim ustępie historycznym, który poprzedza sam wykład, znajduję zdanie, na które zgodzić się nie mogę, a mianowicie, „że pierwsze samodzielne opracowanie medycyny sądowéj przypada za czasów Cesarza Karola V w r. 1532“, o czém mowy być nie może, bo opracowanie to, jak gdzieindziéj wykazałem, przypada na r. 1602. Daléj spotykamy się z błędem, zapewne drukarskim, ale szpecącym książkę ładną: „Numa Pompilijusz w prawie: *Lex regia* czyli 12 tablic nakazuje opiekę nad obłąkanymi“ (str. 3).

Daléj literatura nowsza nie jest w całości uwzględnioną, a brak zupełny wzmianki o licznych pracach polskich, których bądź jak bądź w dziele polskiém pominąć nie wypadało.

Język, jak we wszystkich dziełach, wydanych przez stowarzyszenie krakowskie, odznacza się poprawnością swoją; ale właśnie dlatego wolelibyśmy, aby i tych kilku germanizmów nie było, które napotkaliśmy. Tak np. po największéj części autor używa wyrazu „przyjąć“ zamiast „przypuścić“, „dziecinny“ zamiast „dziecięcy“ (str. 158, 159).

Również i słownictwo nastręcza nam kilka uwag. Jest to chorobą modną naszą, że wiecznie poprawiamy język, nawet tam, gdzie tego wcale nie potrzeba, co prowadzić musi do pomięszania babylońskiego. Wyraz niemiecki „*Dispositionsfähigkeit*“ tłumaczyliśmy dotąd przez „rozrządzalność;“ w dziele Dra R. wyraz ten oddany jest raz przez „rozporządliwość“ (str. 23), a drugi raz przez „własnowolność“ (str. 174), choć ostatni odpowiada niemieckiemu „*Selbstbestimmungsfähigkeit*,“ a pierwszy jest co najmniéj zbyteczny. Jeżeli piszemy: „Wola więc tylko tam istnieje, gdzie jest wyobraźnia“ (str. 33), to zdawałoby się, że wola jest zależną tylko od fantazyi; nieporozumienie to pochodzi ztąd, że niemieckie „*das Vorstellen*“ należy tłumaczyć przez „myślenie“ lub „wyobrażenie,“ ale nigdy przez „wyobraźnię.“ Jeżeli piszemy „podniecenie szalone“ (str. 104), to zdawaćby się mogło, że podniecenie oszalało, a przecież mamy na myśli tylko „podniecenie szałowe.“ Najnieodpowiedniéj tłumaczono „*partielle Verrücktheit*“ przez „obłąkanie częściowe“ zamiast „pomięszania częściowego,“ jak piszemy zawsze; bo przecież loika nie dozwala wątpliwości, który stan jest wyższym stanem choroby umysłowéj: czy obłąkanie ogólne lub obłąkanie częściowe — a przecież nomenklatura zaprowadzona niefortunnie w książce Dra R. zadaje gwałt loice, każąc nam wierzyć, że obłąkanie częściowe jest stanem nierównie gorszym aniżeli obłąkanie ogólne. — Idyjotyzm tłumaczono przez „niedołęztwo wrodzone“ (str. 123), co znów jest nieodpowiedniém, bo idyjotyzm niekoniecznie musi być wrodzonym.

Uważaliśmy za potrzebne wytknąć tych kilka usterków, ponieważ pragnęliśmy, aby wydawnictwa piękne były wolnemi od wszelkich błędów, choćby nieznacznych. Usterki przez nas wymienione nie czynią też ujmy całości dzieła, które naszém zdaniem jest pod każdym zresztą względem dobrém i odpowiedniém; to téż nie wątpimy, że książka ta niezadługo znajdzie się w rękach wszystkich prawników, zawodowi sądowemu się poświęcających, a niemniéj i wszystkich naszych lekarzy sądowych oraz młodszych kolegów, przystępujących do egzaminów rządowych. Umieszczenie zaś przepisów prawnych, obowiązujących tak w Król. Polskiém, jakotéż w Galicyi, nadaje książce cechę podręcznika, odpowiadającego wszystkim potrzebom prawników i lekarzy jednego i drugiego kraju. *Prof. Blumenstok.*

W. Erb: Przyczynek do symptomatologii suchot rdzeniowych *(tabes dorsalis).*

O ile suchoty rdzenia pacierzowego w późniejszym już okresie należą do chorób pod względem rozpoznawczym dość ściśle określonych, o tyle w samych swych początkach są bardzo ciemne. Rozpoznanie zaś téj choroby w jak najwcześniejszym okresie jest nader ważném, gdyż przez stósowne postępowanie lecznicze możemy często zapobiedz dalszemu rozwojowi choroby, podczas gdy w późniejszym już okresie należy takowa do najuporczywszych. W téj myśli E. rozbiera symtomatologiję choroby w mowie będącéj w 56 postrzeganych przez siebie przypadkach, zwracając przedewszystkiém uwagę na pierwsze początki choroby, i przychodzi do następujących wniosków: Do najwcześniejszych objawów suchot rdzeniowych należą bóle przeszywające, pojawiające się nagle w mniéj lub więcéj długich napadach, zależnie od stanu powietrza itd.; bóle te należą do stałych prawie objawów rozpoczynającéj się choroby (w 56 przyp. brakło ich tylko 5 razy), i są zdaniem autora tak charakterystyczne, że wyłącznie na podstawie ich obecności, rozwijającą się już chorobę niekiedy rozpoznać, a bardzo często jéj się domyślać można. Równie stałym objawem rozpoczynającéj się choroby, aczkolwiek nie tak charakterystycznym, jest osłabienie i niepewność nóg. Wartość rozpoznawcza tego objawu jest jednakże nie wielką, gdyż tenże występuje w suchotach rdzenia pacierzowego znacznie późniéj niż bóle i towarzyszyć może również wielu innym, tak czynnościowym jak anatomicznym zboczeniom rdzenia pac. Nieco mniéj częstym objawem wczesnego okresu suchot rdzenia pacierzowego jest osłabienie męcherza, objawiające się już to zatrzymaniem (częściéj), już to niemożnością powstrzymania moczu. Przypad ten ma wartość względną. O ile bowiem jego obecność wyklucza zboczenie czysto czynnościowe rdzenia pac. *(neurasthenia spinalis, hypochondria),* o tyle traci na wartości rozpoznawczéj z téj przyczyny, że zdarza się często i w innych anatomicznych zboczeniach rdzenia pac. *(myelitis transversalis,* zapalenie rdzenia pac. z ucisku, rozsiane stwardnienie rdzenia pac. itd.) Zboczenia ze strony narządu wzrokowego, mianowicie zanik nerwu wzrokowego zauważył autor tylko w 7miu przypadkach. Na téj podstawie E. przypadowi temu odmawia przypisywanego mu przez innych autorów znaczenia w rozpoznawaniu wczesnego okresu suchot rdzenia pac. Niewielkiego znaczenia są pod tym względem również porażenia mięśni

ocznych, postrzegane w $^2/_5$ przyp., w których chorzy we wczesnych okresach choroby skarżyli się na dwuwzroczność. Jako obraz charakterystyczny rozwiniętéj już choroby pojawia się zawsze niezborność ruchów *(ataxia)*, któréj nasilenie nie zależy od trwania choroby, gdyż może wystąpić w $^1/_2$ roku lub téż dopiero w 20 lat po pierwszych bólach przeszywających. Na szczególną uwagę zasługuje niemniéj brak lub upośledzenie odruchów ścięgnistych; przypad ten pojawia się już we wczesnym okresie choroby, a towarzyszy mu zawsze utrzymana wrażliwość na bodźce mechaniczne i elektryczne mięśnia czworogłowego, obok prawidłowéj jego objętości. Brak odruchów ścięgnistych zdarza się wprawdzie i w innych chorobach rdzenia pac. *(poliomyelitis anterior acuta et chron., myelitis e compressione* itp.), ale w tych chorobach istnieje prócz tego niedowład lub porażenie mięśnia czworogłowego. Prócz tego E. zwraca uwagę na niemożność odczuwania bólów (*analgesia*) obok mniéj lub więcéj utrzymanéj wrażliwości dotykowéj. Tu należy również stwierdzone przez Drozdowa zniesienie lub upośledzenie wrażliwości względem prądu stałego, postrzegane przez Erba zwolnienie przewodnictwa bólu, pewna chwiejność i niepewność w domykaniu powiek, osłabienie czynności płciowych, a nareszcie t. zw. *myosis spinalis* (odruchowa nieruchomość źrenicy Erba) tj. zwężenie źrenicy nieoddziaływającéj na światło, natomiast zwężającéj się nieco pod wpływem bodźców akomodacyjnych (np. silnéj zbieżności osi ocznych). Nieprawidłowe to zachowanie się źrenicy należy zdaniem Vincenta w późniejszym okresie choroby do najstalszych, a we wcześniejszym do dość częstych objawów suchot rdzenia pac.

Wszystkie powyższe objawy wczesnego okresu suchot rdzenia pac. podzielić można na dwie grupy. Do pierwszéj należą objawy stałe, typowe, mianowicie bóle przeszywające, brak odruchów ścięgnistych obok utrzymanéj czynności i odżywienia mięśni, niezborność ruchów, chwiejność w domykaniu powiek, zboczenia czuciowe, zwłaszcza *analgesia* i zwolnienie przewodnictwa bólów, nareszcie odruchowa nieruchomość źrenicy; do drugiéj zaś zaliczyć można objawy przydarzające się wprawdzie często w chorobie w mowie będącéj, ale mogące i innym towarzyszyć zboczeniom, których zatém wartość dyjagnostyczna jest tylko względną; tu należą: osłabienie i niepewność nóg, osłabienie pęcherza i upośledzenie czynności płciowych, porażenia mięśni ocznych i zanik nerwu wzrokowego. Obecność wszystkich objawów lub przynajmniéj znaczniejszéj ich ilości czyni rozpoznanie niewątpliwém; im więcéj istnieje objawów, zwłaszcza do pierwszéj grupy należących, tém pewniejszém jest rozpoznanie. Zdaniem Erba już dwa tylko objawy z pierwszéj grupy czynią rozpoznanie nader prawdopodobném. Co się tyczy stosunku zakażenia kiłowego do suchot rdzenia pac., E. w połowie przypadków stwierdził kiłę, która jeśli nie pociąga za sobą suchot rdzenia pac. to przynajmniéj do nich usposabia. E. poleca gorąco radę Fourniera, według którego we wszystkich przypadkach suchot rdzenia pac., w których wykazać się daje przebyta kiła, winniśmy jak najwcześniéj stósować energiczne leczenie przeciwkiłowe. *(Deutsches Arch. f. klin. Med.* Tom 24, 1). *Dr. Smoleński.*

IV. Zbiór pism hippokratowy w świetle nowożytnéj krytyki.

Wyłożył na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. dnia 4 czerwca 1879

Prof. Dr. **Józef Oettinger.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 39.)

Klasa VIta mieści w sobie dzieła jednego autora poniekąd specyjalisty, treści embryjologicznéj i ginekologicznéj, zbliżone kierunkiem i zasadami do szkoły knidyjskiéj. Napisy ich są:

1) O nasieniu (περὶ γονῆς, *de genitura*).

2) O przyrodzie dziecięcia (περὶ φύσιος παιδίου, *de natura pueri*).

3) O chorobach księga 4ta (περὶ νούσων τὸ τέταρτον, *de morbis liber* IVtus).

Wszystkie trzy są następującemi po sobie częściami jednego dzieła, któremu autor nadał pierwotnie tytuł: O przyrodzie lub o tworzeniu się noworodka (περί φύσιος vel γενέσιος τοῦ παιδίου τοῦ 'εν τόκῳ, *de natura pueri in partu).*

4) O rzeczach niewieścich ks. 1 i 2 (περὶ γυναικείων α', β', *de mulierum affectibus I et II).*

5) O rzeczach panieńskich (περὶ παρθενίων, *de virginum morbis*).

6) O bezpłodnych (περὶ αφόρων, *de sterilibus).*

Klasa VIIma zawiera tylko jeden ułamek i to dość bezładny mający napis:

1) O nadpłodnieniu (περὶ ἐπικυήσιος, *de superfoetatione).* Littré przypisuje go Leofanesowi, na podstawie wzmianki Arystotelesa o tym autorze, iż twierdził, jakoby chcącemu płodzić dziewczę należało podwiązać mudo prawe, lewe zaś, gdy chodzi o chłopca. Owóż mniemanie to samo wyrażone jest w tém pisemku, które wyjątki z dzieł o rzeczach niewieścich i o bezpłodnych poprzedza uwagami nad nadpłodnieniem czyli powtórném zapłodnieniem niewiasty już w ciążę zaszłéj.

Klasa VIIIma obejmuje utwory nie sięgające wiekiem daléj wstecz po za czas Arystotelesa, gdyż napotyka się w nich już ustalone a przez tego filozofa do nauki wprowadzone mniemanie, wywodzące początek żył, nie z głowy jak szkoła Hippokrata, lecz z serca; drugą ważną skazówką jest znajomość tętna, również późniejsza niż słynny mistrz z wyspy Kos. Należą tu pisma:

1) O sercu (περὶ καρδίης, *de corde).*

2) O pożywieniu czyli o żywności (περὶ τροφῆς, *de alimento).*

3) O mięsach, właściwie o wytwarzaniu się tkanin (περὶ σαρκῶν, *de carnibus).* Końcowa część tego utworu w niektórych wydaniach jest oddzielona pod napisem:

4) O wieku ludzkim (περὶ αἰῶνος, *de aetate).*

5) O gruczołach (περὶ ἀδένων, *de glandulis).*

6) O przepowiedniach księga 2ga (προῤῥητικόν β', *praesagiorum liber II*).

Klasa IX. Pisma drobne, ułamki i wyciągi z jednego lub kilku dzieł zbioru hippokratowego nie wzmiankowane przez krytyków starożytnych:

1) O lekarzu (περὶ ἰητροῦ, *de medico*). Określa przymioty cielesne i umysłowe lekarza. Pomiędzy pierwszemi

podaje, aby tenże był zdrowéj cery i zażywny (εὔχρως τε καὶ εὔσαρκος).

2) O przyzwoitości (περὶ εὐσχημοσύνης, *de decenti ornatu).*

3) Przestrogi (παραγγελίαι, *praeceptiones).*

4) O anatomii (περὶ ἀνατομῆς, *de anatomia).*

5) O zębowaniu (περὶ ὀδοντοφυΐης, *de dentitione).*

6) O rozczłonkowaniu płodu (περὶ ἐγκατατομῆς ἐμβρύου, *de exsectione foetus).*

7) O przyrodzie niewiasty (περὶ γυναικείης φύσιος, *de natura muliebri).*

Utwory powyższe, acz nie poparte żadnem świadectwem wyraźném, noszą na sobie cechę odległéj starożytności wyprzedzającéj wiek Galena i Erocyana a zatém pierwsze stulecie ery chrześcijańskiéj.

Inaczéj się ma rzecz z następującemi pismami, które są kompilacyjami o wiele późniejszemi.

8) Aforyzmów księga 8ma wyjęta po największéj części z pisma o Siedminach.

9) O przyrodzie kości (περὶ ὀστέων φύσιος, *de natura ossium*), księga złożona z pięciu wyjątków: początek nie wiadomo zkąd zaczerpnięty, druga część z Arystotelesa, z jego historyi zwierząt ks. III, rozdz. 3, trzecia z księgi zbioru hippokratowego o przyrodzie człowieka, czwarta z księgi 2giéj chorób pospólnych a piąta z dodatku do księgi o drążku. Wszystkie traktują o żyłach, na początku tylko jest wzmianka o kościach, nazwa więc jest mylna i powinna brzmieć o żyłach (περὶ φλεβῶν, *de venis).*

10) O przesileniach (περὶ κρίσεων *de judicationibus*) zbiór wyjątków z przepowiedni, z chorób pospólnych, z aforyzmów i koackich przepowiedni.

11) O dniach przesilnych (περὶ κρισίμων, *de diebus judicatoriis)* pozbierane z chorób pospólnych ks. 3ciéj, z ks. o cierpieniach wewnętrznych, z ks. 3ciéj o chorobach, i z pisma o siedminach.

Zaliczył tu także Littré utwór podejrzanéj wartości i prawdziwości pod napisem:

12) O lekach zwłaszcza przeczyszczających (περὶ φαρμάκων, *de purgantibus)*, który pierwsze swoje pojawienie się drukiem w r. 1616 winien temu osobliwemu przypadkowi, iż wydawca brewiarza św. Nicefora (S. Nicephori Breviarium historicum) ojciec Petawiusz na żądanie drukarza, dla zapełnienia pozostałych w końcu trzech stronnic, ten niby Hippokrata zabytek: *ex Cujaciano codice olim exscriptum, qui hactenus in omnibus Hippocratis editionibus desideratus est*, dołączył. Zawiera on wyjątki z Aforyzmów.

Klasa Xta Pisma zaginione.

Autorowie zbioru hippokratowego odwołują się często do wielu innych dzieł swoich, już to spisanych, już to dopiero obiecanych, a które wczesnéj uległszy zagubie, nie zostały odszukane i ocalone wtedy, gdy zakładano wielkie biblioteki Aleksandryjskie. Nie o nich tu mowa, a liczba ich jest znaczna, lecz o tych jedynie, które z początku wchodziły w skład zbioru już ustalonego, a zapodziały się dopiero po Galenie i Erocyjanie, a które może znowu odnaleść się dadzą, jak to rzeczywiście się stało z wzmiankowaną wyżéj, a świeżo odkrytą księgą o Siedminach. Dział ten składają dwa tylko pisma z dziedziny chirurgii a zwłaszcza polowéj. Być bardzo może, że są to tylko dwa różne tytuły jednego dzieła.

1) O ranach zabójczych (περὶ ὀλεθρίων τραυμάτων, *de perniciosis vulneribus).*

2) O pociskach i ranach (περὶ βελῶν καὶ τραυμάτων, *de telis et vulneribus*).

Klasa XIta i ostatnia obejmuje jako dodatek do zbioru pism hippokratowych szereg utworów bardzo już dawnych, lecz od niego znacznie późniejszych, podających, w celu uświetnienia osoby słynnego mistrza szkoły koackiéj, wiadomości o sprawach i zdarzeniach z jego życia, po największéj części zmyślonych i tworami bujnéj wyobraźni ubarwionych. Napisy ich są:

1) Listy (ἐπιστολαί, *epistolae*). Spora wiązka i krótkich i bardzo długich listów powymienianych pomiędzy licznemi osobami w różnych sprawach, a mianowicie dziewięć odnosi się do mniemanego a przez Hippokrata odrzuconego powołania na dwór perski; ośm do przyjętego wezwania do Abdery celem niesienia pomocy lekarskiéj filozofowi Demokrytowi, którego bezrozumni jego ziomkowie od rozumu odsądzili; pięć poświęconych jest naukowym rozprawom, jakie sobie ci dwaj wielcy mężowie spotkawszy się z sobą i polubiwszy przesyłają; jeden jest Hippokrata do syna Thessalosa zachęcający go do nauki jeometryi i artymetyki; ostatni nakoniec zawiera rady ku ochronie zdrowia udzielone królowi Demetriosowi.

2) Uchwała Ateńczyków (δόγμα Ἀθηναίων, *Atheniensium senatus consultum)* wyznacza wrzekomo publiczną nagrodę wielkiemu lekarzowi i jego potomstwu za wiekopomne zasługi, pomiędzy któremi na pierwszém miejscu wymienia skuteczną pomoc w pomorze ateńskim, któréj jednak, jak dowodnie stwierdzono, wcale nie udzielał.

3) Mowa przed ołtarzem (ἐπιβώμιος, *oratio ad aram*), w niéj Hippokrat zaklina Tessalczyków o pomoc przeciw uciskowi Ateńczyków a nakoniec

4) Poselstwo (πρεσβευτικός, *oratio legati)* jest mową Tessalosa syna Hippokrata do Ateńczyków, których w imię wielkich zasług przodków, a głównie swego słynnego ojca, błaga o zaniechanie krzywd wyrządzanych jego ziemi ojczystéj, tj. wyspie Kos.

Littré spełniwszy szczęśliwie herkuliczne zadanie mógł ze sprawiedliwą chlubą spoglądać na owoc wieloletniéj swéj pracy. „Rozpocząłem ją“ powiada „młody, a kończę stary.... Nie pozostawiam Hippokrata takim, jakim go zastałem.“ Tak jest zaiste! bo go oczyścił, naprawił, uporządkował a nawet świeżemi odkryciami uzupełnił i zbogacił, uczynił go o wiele przystępniejszym i zrozumialszym niż był dotąd, a objaśniwszy go krytycznie korzystanie z niego następnym pokoleniom ułatwił. Pomnikowe jego dzieło pozostanie na zawsze chwałą wieku i narodu, który je wydał, a podaną o niém wiadomość zamykamy wyrazem wysokiéj czci dla jego gienijalnego autora.

Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**,
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39.)

W dalszéj podróży do Clermont nic uwagi godnego nie spostrzegłem, chociaż z żalem przejeżdżałem przez Nancy, gdzie miałbym był ochotę poznać p. Poincaré, autora znakomitego dzieła *„Le système nerveux central,“* w dwóch tomach i *„Le système nerveux periphérique,“* w jednym tomie, wydanych 1876 i 1877. Poincaré wykłada fizyjologiję na

wydziale lekarskim w Nancy, jako profesor nadzwyczajny *(professeur adjoint)*. Francyja jak wiadomo posiada obecnie sześć fakultetów lekarskich: w Paryżu, w Montpellier, w Nancy, w Lugdunie, w Lille, wreszcie w Bordeaux; pomiędzy któremi wydział w Nancy zajmuje dziś trzecie miejsce, podobnie jak niegdyś Strasburg. Również nie zwiedzałem wcale szkoły lekarskiéj w Reims, jednéj z 18 tak nazwanych: *écoles préparatoires de médecine*. Na upartego mógłbym tu jednak wspomnieć nieco o winie szampańskiém (*honny soit qui mal y pense*), które w Reims i w Epernay ma swoją stolicę. Używamy go przecież tak chętnie u chorych, u których chcemy pobudzić żołądek i system naczyniowy i podnieść do weselszego nastroju umysł pognębiony. Godzi się więc uczynić tu uwagę, że tylko wino szampańskie francuskie może być w tym celu zalecane chorym i zdrowym. Wszystkie bowiem inne fabrykacyje, jakie się wyrabiają gdzieindziéj, wywołują raczéj skutek przeciwny pod nazwą: *miseria felina, mal aux cheveux, Katzenjammer*. O ile mi wiadomo, szampan francuski jest naturalném winem burzącém, wytwarzaném z gron burgundzkich w Szampanii hodowanych. Jednak sposób wytwarzania tego wina jest odmienny i mozolny; zabiera dwa lub trzy lata czasu i pociąga za sobą stratę około 25%. Przemysł nierzetelny wymyślił podrabianie wina szampańskiego z innych win białych, do których dodaje się likwor, bukiet i kwas węglowy, podobnie jak do wód musujących; albo nawet przy sposobie podrabiania szampana *à la minute* dodaje się do wina likwor, bukiet i proszki burzące, tj. kwas winowy i dwuwęglan sodowy. Prawdziwy szampan francuski burzy się bardzo długo w kieliszku, nie ma posmaku niemiłego, i w miarę użyty zbawienne wywołuje skutki na żołądek, system nerwowy i naczyniowy. Pozwoliłem sobie tę krótką uczynić uwagę o winie szampańskiém dlatego, ponieważ niektórzy sądzą błędnie, że dziś nie masz już nawet we Francyi wina naturalnego musującego.

O zakładzie w Clermont i jego sławnych kolonijach rolniczych i pensyjonatach pisałem już na inném miejscu przed kilkoma laty. (Zobacz „Przegląd Lek." z 1875 str. 353). Życzyćby należało, ażeby w naszym kraju rolniczym urządzono podobny zakład przy zakładzie istniejącym na Kulparkowie, gdzieby można było setki chorych zatrudniać przy gospodarstwie rolném, i wyciągnąć z niego odpowiednie korzyści.

Zapewniwszy mojemu choremu wszystkie wygody, rozrywki, zatrudnienia pożyteczne i wolność ograniczoną, pożegnałem p. Dra Labitte i naszego ziomka Dra Friese, który w Clermont od wielu lat praktykuje i w zakładzie jest lekarzem; udałem się do Paryża z zamiarem zwiedzenia oddziału Charcota w Salpêtrière, przysłuchania się jego wykładom w Ecole *de médecine* i wykładom klinicznym pp. Sée, Potain, Hardy, Lasègue.

Najprzód przedstawiłem się Charcotowi w Ecole, gdzie w tém półroczu wykłada anatomiję patologiczną układu nerwowego w poniedziałki, środy i piątki popołudniu. Charcot jest we wieku średnim, wzrostu małego; twarz szczupła, cała ogolona, nos orli mały, kąt prawy ust obniżony, znacznie więcéj z przyzwyczajenia; włosy na głowie ciemne, cokolwiek szpakowate, wcale nie bujne, w tył zaczesane, długie i równo na karku przycięte. Sala, a raczéj amfiteatr anatomii patologicznéj, dosyć duża, z oświetleniem górném, ławki brudne, niższy rząd takowych służy bowiem dla siedzących na wyższym za podnóżek; nie masz ani oparcia dla pleców ani dla rąk, notatki potrzeba pisać na kolanach. To urządzenie niewygodne i brudne dziwnie odbija od kolumnady greckiéj, która zdobi dziedziniec i pomnik Bichata, ojca nowożytnéj anatomii patologicznéj.

W sali amfiteatralnéj, na ścianie do widzów i słuchaczy zwróconéj, spotkałem rozwieszone tablice budowy mózgu i rdzenia kręgowego częścią szematycznie odrysowane, częścią wiernie zdjęte z preparatów; co zapowiadało mi, że szanowny profesor wykładać będzie anatomiję patologiczną ośrodków nerwowych. Tak też w istocie było. Charcot zakreślił na wstępie ramy chorób rdzenia kręgowego, podzielił je jak to wiadomo na ogniskowe i rozlane, a z nich wybrał naprzód do wykładu poszczególnego choroby rozlane istoty szaréj przodkowéj, mianowicie różne rodzaje jéj zapalenia, które objął pod spólną nazwą: *poliomyelitis systematica* (πολιός szary, μυελός rdzeń). Gdy do téj kategoryi chorób rdzeniowych zaliczył także i ostre porażenie postępujące wstępujące, czyli porażenie Landryego, ucieszyłem się w nadziei, że się dowiem czegoś pewniejszego o téj chorobie, którą właśnie przed moim wyjazdem do Francyi poznałem był i leczyłem pomyślnie w jednym przypadku. Zdziwiłem się jednak, gdy Charcot zaliczył ją do zapaleń szaréj istoty przodkowéj i to tylko tymczasowo, póki się rzecz kiedyś nie wyjaśni, a więc tém samém nie dowiedziałem się niczego o jéj stronie anatomicznéj. Jeżeli wolno mi wnioskować z przypadku, przezemnie obserwowanego i leczonego, o postaci anatomicznéj téj choroby, to wyznaję, że pojęcie zapalenia szaréj istoty przodkowéj nie odpowiada obrazowi klinicznemu, przynajmniéj w moim przypadku.

Na poparcie tego co twierdzę, daję krótką historyję tego przypadku, o którym mowa, a tém bardziéj czuję się być do tego upoważnionym, ponieważ porażenie Landryego jest chorobą bardzo rzadką i dlatego niedokładnie opisaną nawet w takich książkach jak Eulenburga i Leydena, lub wcale pominiętą, jak w książce Charcota, w encyklopedyi angielskiéj Raynolda, nie mówiąc nic o pisarzach dawniejszych, którzy jéj nie znali.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

List z Baden-Baden.

Drugie ogólne posiedzenie pod niejakim względem było ciekawsze od poprzedzającego, mianowicie pod względem walki dwóch miast czyli raczéj ich reprezentantów, ubiegających się o to, aby przyszły Zjazd w nich się odbył. Stanął do walki lekarz z Magdeburga, przemawiając za tém miastem; za Gdańskiem przemawiał znów inny lekarz tameczny; zwyciężył wreszcie Gdańsk, a to głównie z tego powodu, że już przed 10 laty zaprosił był Stowarzyszenie do siebie, czego wówczas atoli nie uwzględniono. W każdym razie wybór Gdańska jest odpowiedniejszy aniżeli Magdeburga, który jest wielką fortecą; dla nas nadto Gdańsk ma znaczenie historyczne i narodowe, a może też w przyszłym roku będzie więcéj rodaków w Gdańsku aniżeli ich było w Baden-Baden. W ogóle ile mi się zdaje Zjazdy przyrodników i lekarzy niemieckich coraz bardziéj chylą się ku upadkowi, natomiast teraz zaczynają liczniéj zwiedzać zjazdy międzynarodowe, bo rozstrzygają się na nich kwestyje ogólne, obchodzące wszystkie narody.

Na posiedzeniu 2giém pierwszy wykład miał prof. Eker z Freiburga; odczytał on życiorys Okena na pamiątkę jego

urodzin, od których już sto lat upłynęło. Załatwiono następnie bez opozycyi wniosek postawienia popiersia marmurowego Okenowi w mieście jego rodzinném Offenburgu.

Przeszłego roku w Kasslu wydarzyło się, że pewna angielka opatrzona kartą udziałową, zapisała się do sekcyi anatomii, i tamże miała wykład, o ile pamiętam, o raku skóry, i drobnowidowych zmianach onéj w téj chorobie, wykład i jasny i niezły, chociaż przedmiot wcale nie nowy. Wówczas Dr. Fraenkel z Berlina, prawdopodobnie nieprzyjaciel bezwzględnego równouprawnienia kobiet, uczynił był wniosek, aby uchwalono, że kobiety nadal nie otrzymają karty ani jako członkowie ani jako udział biorące, tylko bilety uprawniające je do brania udziału w wycieczkach, w balu i innych rozrywkach. Wniosek tego rodzaju podług Statutu przekazuje się do zaopinijowania komitetowi gospodarczemu, który następnie poddaje go pod uchwałę ogólnego Zgromadzenia przyszłorocznego. Tak się też stało. Dr. Baumgartner, dobrze prowadzący obrady, starał się o to usilnie, aby nie wszczęto rozpraw nad tym przedmiotem, boby się to było przeciągnęło w nieskończoność, i udało mu się to wybornie, bo wniosek w całém swém brzmieniu uchwalony został prawie jednomyślnie. — Wniosek Dra Wallichta (z Altony) żądający, aby komitet gospodarczy nie udawał się już na przyszłość do dyrekcyj kolejowych z prośbą, aby członkom zjazdu poczyniono pewne ułatwienia, jednomyślnie przyjęto i to bardzo słusznie, ponieważ w ostatnich czasach dyrekcyje albo wcale nic, albo bardzo mało opuszczały z ceny, tak że koncessyja stała się niemal iluzoryjną.

Wreszcie prof. Goltz z Strasburga mówił o sercu; nic nowego wprawdzie nie powiedział i powiedzieć nie mógł, ale forma była odpowiednia, wykład dość jasny dla laików, mógłby jednak więcéj zawierać humoru, ponieważ jednak nie był zbyt długim, zgromadzona publiczność słuchała go bez wszelkich oznak niezadowolenia, i tak skończyło się drugie posiedzenie ogólne.

Przed 3iém i ostatniém ogólném posiedzeniem w niedzielę odbyło Zgromadzenie wycieczkę do Strasburga, gdzie od piątku odbywały się wielkie manewry wojskowe pod osobistém dowództwem Cesarza niemieckiego. O godzinie 11éj z rana przy pięknéj pogodzie osobnym pociągiem 400 osób wraz z paniami udało się do Strasburga, jazda trwała blisko dwie godziny, od dworca począwszy muzyka wojskowa towarzyszyła zgromadzonym do kasyna cywilnego, gdzie śniadanie było przygotowane. Po śniadaniu rozeszli się przyrodnicy, jedni oglądali miasto przystrojone na cześć Cesarza, inni pojechali po za miasto do ogrodu zwanego Tivoli, gdzie się bawiła ludność wiejska z przyległych okolic przybyła; inni oglądali tum strasburski, do najpiękniejszych w Europie należący, który pociskami w czasie wojny znacznie uszkodzony, już całkowicie jest odnowiony, poczém kilku z nas udało się do Köberlego (owariotomisty), gdzieśmy doznali najserdeczniejszego przyjęcia; sławny ten operator ma i w Krakowie pacyjentki, które przed wielu laty szczęśliwie operował.

Na trzeciém posiedzeniu mówił Dr. Skulweit z Hanoweru o fałszowaniu pokarmów i napojów, i o uprawnieniu walki przeciw niemu podjętéj. Wiadomo, że w Niemczech ustanowiono urzędy zajmujące się badaniem sfałszowanych pokarmów i napojów, a ustawą naznaczono kary na fałszerzy; otóż wykładający przytoczył dodatnie strony tego urzędu, i radzi aby gminy poszczególne starały się o ustanowienie podobnych urzędów zdrowotnych, albowiem samo istnienie urzędów zdrowotnych wywiera już wpływ zbawienny, gdyż producenci obawiając się kar ustawą przepisanych, mniéj niż dawniéj fałszują tak pokarmy jak i napoje.

Prof. Schiff z Genewy mówił o metaloterapii, opisał wszystkie spostrzeżenia, które robił w Paryżu bawiąc tam przez dwa miesiące; przekonał on się, że przez przykładanie blaszek kruszcowych (złotych, srebrnych, cynkowych, żelaznych) ustępuje nieczułość jakiéjbądź części ciała ludzkiego, i przenosi się na tę samą część drugiéj strony ciała *(transfert)*, że ztąd ustępując znowu się przenosi na stronę dawniéj zajętą; przypisuje on to molekularnemu wahaniu się nerwowemu; dość na tém, że jest teoryja, a chociaż ona nie wiele tłumaczy, i niczego nie naucza, to zdaje się, że do pewnego czasu metaloterapija poparta przez powagę pierwszorzędną, jaką jest Schiff w neurofizyjologii, utrzyma się. Z całego wykładu Schiffa odniosłem to wrażenie, że metaloterapija wprawdzie nieczułość nerwów przywraca, ale że zmiany takie w nerwach często i bez niéj następują, czyli co na jedno wychodzi i licuje z tém, com w pierwszym moim liście napisał; co do mnie to nie wątpię, że w chorobach nerwowych i ten sposób leczenia (metaloterapija) skutecznym być może. W każdym razie metaloterapeuci są teraz górą; przypomina mi to Mesmera i jego naukę, cudowne kuracyje a wreszcie całkowite zapomnienie.

Przy wykładzie następnym Dra Nachtigala, w którym mówił o drogach i komunikacyjach do Sahary i zastanawiał się nad tém, czy zrobić przekop lub założyć kolej żelazną, (rzecz, która dla nas wcale nie była ciekawą) była obecną Cesarzowa niemiecka, jéj córka i wnuczka. Dostojne te panie, a mianowicie Cesarzowa, bardzo uważnie słuchały wykładu; mówią o Niéj, że w Berlinie bywa często na wykładach publicznych, Niemcy jednak nie bardzo ją lubią, a to jedynie dlatego, że nie zgadza się na ustawy majowe niemieckie, i kanclerzowi niemieckiemu nieraz szyki psuje. Po wykładzie kazała sobie przez komitet wykonawczy przedstawić Dra Nachtigala, któremu podziękowała za jego wykład.

Jeszcze kilka słów o wykładzie prof. Jägera z Sztutgartu *„über Gemüthsaffekt.“* Właściwie rozciekawił wszystkich jeszcze przed rozpoczęciem zjazdu zapowiedziany wykład o odkryciu duszy; nie mała zapewne część publiczności jedynie dla tego wykładu dążyła do Baden-Baden; właściwie zaś przed Jaegerem już Haeckel w Monachijum na Zjeździe wypowiedział zasadę *„jede Membran ist seelisch,“* ale żeby ją *ad oculos* demonstrował, tego jeszcze nikt nie zapowiedział. Spieszyło się widać bardzo prof. Jägerowi, aby jak najbardziéj rozpowszechnić wiadomość o tém odkryciu, dlatego pracę tę swoją, jeszcze przed Zjazdem drukiem ogłosił w trzech tomowém dziele. Ponieważ zaś na drugiém posiedzeniu ogólném przyjętym był wniosek, że przedmiot wykładu nie może obejmować rzeczy już drukiem przedtém ogłoszonéj, przeto nie pozostało nic innego panu Jägerowi, jak zmienić tytuł wykładu na *Gemüthsaffekt*, ale właściwie wykładał o téj swojéj duszy.

W opisie jego systematu prawdopodobnie nie będę bardzo jasnym, bo też jasność nie jest zaletą teoryi pana Jägera. Rzecz tak się ma: sądzi on że zmysł powonienia u psów jest tak wykształcony, że za pomocą niego rozpoznają osoby, które znały przed latami; węchem psy wietrzą zwierzynę w znacznéj odległości znajdującą się, słowem zmysł powonienia jest najdelikatniejszym. Do swoich badań urządził takie narzędzie opatrzone cyferblatem i skazówką oznaczającą sekundy, przyrząd ten mieści w sobie przyrząd elektryczny, który z otwarciem zastawki w ruch wprawia skazówkę, a

z zamknięciem jéj skazówkę wstrzymuje. Czas upłyniony między otwarciem i zasunięciem zastawki zowie **aktem**; akt ten bywa krótszy lub dłuższy. Pod nosem stawia szklanny słoik, w którym w wacie bardzo czystéj, bieluteńkiéj jak śnieg, znajduje się jakiś przedmiot powonienie pobudzający, np. kawał podszewki od kapelusza, kawałek czepka siatkowego (kobiecego) lub inne części przyodziewy najbliżéj do ciała przylegające, np. kawałek kołnierzyka od koszuli. Jeśli odsuwa palcami zastawkę, jednocześnie wącha, poczém zasuwa zastawkę; jeśli czynność ta skomplikowana, otwieranie, wąchanie i zamykanie trwa 10 sekund, to powiada że akt ten trwał dziesięć sekund. Powiedziałem, że akty są rozmaite co do trwania, są więc krótsze są i dłuższe; powiada, że wąchanie istot lotnych krótszego czasu potrzebuje, aniżeli nielotnych, tworzy nawet krzywizny *(curva)*; wąchanie przedmiotów woń przyjemną wydających przedstawia krzywiznę wyższą, podniesioną, niemiła zaś woń sprawia opadanie krzywizny. Na tablicach w tym celu przygotowanych przedstawia krzywizny rozmaitych lotnych kwasów (kwasu octowego, mrówkowego). Dodaje, że z krzywizn licznych zdolen jest porównać, czy woda, którą się wąchało jest mineralną lub obojętną. Pewne osoby pewną mają wydawać woń, u ludzi wiejskich zaś powonienie bywa tak wykształcone, że po woni są w stanie poznać osobę bez widzenia jéj. Nareszcie chciał mówić o łajnie i jego woni, ale to już było za dużo dla publiczności mianowicie dla płci pięknéj, zaczęto przeto sykać, ale rozumiał się na tém dobrze pan Jäger i natychmiast zrobił zwrot stósowny, dodając, że rzecz wymaga dłuższego czasu, że na tém, co powiedział, na dzisiaj poprzestaje, że jednak ze względu na ważność przedmiotu należałoby daléj rzecz tę zbadać, do czego zgromadzonych zachęca, spodziewając się dla nauki wielkiego a pożytecznego plonu.

Cała teoryja powyższa kręci się około Schopenhauerowskiego *Lust und Unlust*. Zapewne w swém dziele prof. Jäger obszerniéj o tém się rozpisał, lecz nie miałem po tym wykładzie wcale ochoty obeznawać się z jego treścią, a ciekawszych odemnie odsyłam do samego dzieła.

Przewodniczący pożegnał zgromadzenie, a Dr. Birch-Hirschfeld podziękował Przewodniczącemu i Badeńczykom za ich gościnność, i na tém skończyło się ostatnie ogólne posiedzenie.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* W imieniu c. k. Komendy wojskowéj w Krakowie fmp książe Windischgraetz przesyła nam następujące obwieszczenie z prośbą o umieszczenie onego w Przegl. Lek. i z dodatkiem, że bliższych informacyj gotów jest udzielić naczelnik służby zdrowia przy tutejszéj komendzie wojskowéj. Ogłaszamy to obwieszczenie w tłumaczeniu polskiém:

Obwieszczenie.

Aby doktorom wszech nauk lekarskich, którzy zamierzają ubiegać się o posady opróżnione w korpusie oficerskim wojskowo lekarskim, dać możność do nabycia i wykazania się z wykształcenia specyjalnego wojskowo-lekarskiego w służbie lekarskiéj przy szpitalach i w armii, w chirurgii wojennéj i higijenie wojskowéj, w d. 1 listopada 1879 r. przyjmie się 40 aspirantów na kurs wojskowo-lekarski w 1ym szpitalu garnizonowym w Wiedniu odbywający się.

Warunkami przyjęcia są:

a) stopień doktora wszech nauk lekarskich (lub medycyny i chirurgii) nabyty na jednéj z wszechnic monarchii austro-węgierskiéj;

b) dowód dopełnionego obowiązku stawienia się do służby wojskowéj;

c) wiek nie przekraczający 32 roku życia:

d) stan wolny;

e) życie nienaganne;

f) fizyczne uzdolnienie do służby wojskowéj (wykazane świadectwem, wydać się mającém ad hoc bez stępla przez jednego z czynnych c. k. lekarzy sztabowych);

g) zobowiązanie się prawne, że aspirant oprócz służby wojskowéj od chwili zamianowania go lekarzem zawodowym w charakterze tym służyć będzie przez dwa lata w armii czynnéj.

Ubiegający się o przyjęcie winni podania swoje należycie opatrzone wystósować do państwowego ministerstwa wojny do d. 20 października 1879; odpowiedź nastąpi do d. 25 paźdz. 1879.

Kurs trwa od 1go listopada 1879 do 30 kwietnia 1880.

Aspiranci na kurs przyjęci przez czas trwania takowego otrzymają zasiłek miesięczny pięćdziesięciu (50) złotych w. a. z góry wypłacany, oraz odpowiednie pomieszczenie lub zamiast takowego kwotę 180 zła na pomieszkanie przez cały czas trwania kursu, w ratach miesięcznych po 30 złr. z góry.

Nadto tym aspirantom, dla których wstęp na kurs pociąga za sobą potrzebę podróży, zwrócą się wydatki rzeczywiste na podróż łożone za złożeniem rachunku w 1ym szpitalu garnizonowym w Wiedniu.

Przyjęci na kurs zgłosić się winni d. 1 listopada 1879 r. u szefa korpusu oficerskiego lekarzy wojskowych, jako kierującego kursem, jakotéż u jego zastępcy, szefa sanitarnego przy komendzie jeneralnéj we Wiedniu, w ostatnim zaś tygodniu kursu winni poddać się przed komisyją egzaminowi, a na podstawie egzaminu złożonego z postępem odpowiednim w miarę potrzeby albo zaraz umieszczeni będą jako zawodowi lekarze starsi w c. k. armii, albo też zapisani będą do awansu na jeden z najbliższych terminów. W razie stanowczego zamianowania otrzymają kwotę 120 zła dla ekwipowania się.

Inne bliższe informacyje mieszczą się w dzienniku rozporządzeń z r. 1875. Nr. 4, pt. „Przepisy organiczne“ i „Przepis służbowy dla kursu wojskowolekarskiego,“ a o takowych dowiedzieć się można u c. k. szefa sanitarnego c. k. komendy wojskowéj.

C. k. Państwowe Ministeryjum wojny.

* W sprawie duru w **Krynicy** pisze nam kol. Dr. **Macudziński**, prymaryjusz szpitala w Jaśle, że obecnie leczoną jest w szpitalu tamecznym Anna W., która z panią Cz. była w Krynicy, tamże zachorowała a do Jasła chora na dur brzuszny przywiezioną została. — Do 15 przypadków przez nas sprawdzonych przybywa zatém przypadek 16ty.

Statystyka epidemij. W tygodniu 38 miała ospa przebieg bardzo łagodny prawie we wszystkich miastach. W Londynie umarło 1, zapadło 6, leczy się w szpitalach 70. W Paryżu umarło 6, w Petersburgu 2, w Bukareszcie 3, a tylko w Krakowie umarło 7; w Wiedniu 2, w Budapeszcie i Brukseli po 1. Także zapalenie kiszek rzadziéj się wydarza, za to płonica bardziéj się rozszerzyła w Bukareszcie i Londynie. Z duru brzusznego umarło w Londynie 2, w Petersburgu 1.

W Krakowie umarło w 39 tygodniu: 1 z ospy, 1 z czerwonki, i 2 z kiły dziedzicznéj, a doniesiono: o 2 przypadkach ospy u dzieci nieszczepionych (z ul. Stolarskiéj L. 472 i z ul. Krzyżowéj L. 39); 3 duru brzusznego (z Płaszowa, z ul. Długiéj L. 37 i ze Stradomia L. 11).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 38 umarło w Krakowie osób 40; roczna śmiertelność na 1.000 mieszkańców wynosiła 36.9; we Lwowie 25,8; w Warszawie 26,1; w Poznaniu 29,0; w Wiedniu 23,3; w Budapeszcie 31,8; w Pradze 33,8; w Tryjeście 33,7; w Berlinie 30,8; w Hamburgu 25,2; Wrocławiu 30,8; w Monachijum 34,6; w Dreznie 30,2; w Lipsku 27,4; w Bazylei 39,3; w Brukseli 22,3; w Paryżu 24,0; w Londynie 19,7; w Kopenhadze 27,0; w Chrystyjanii 10,6; w Petersburgu 33.3; w Odessie 39,8; w Bukareszcie 38,0. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** d. 2 października. Z powodu uroczystości Kraszewskiego zamykając numer wcześniéj, aniżeli zwykle, nie możemy podać jeszcze wiadomości o deputacyjach lekarskich i wszystkich kolegach przybyłych dla uczczenia znakomitego Jubilata. Dotąd wiemy o przybyciu protomedyka Biesiadeckiego i Dra Szeparowicza ze Lwowa, oraz Drów Dobrskiego i Dobrzyckiego z Warszawy.

* Prof. Klebs w Pradze otrzymał w szpitalu tamecznym oddział dla chorób zaraźliwych, który odtąd pod jego pozostanie kierownictwem.

* Z początkiem roku szkolnego otwartym zostanie w Czerniowcach kurs dla farmaceutów.

* Lekarze pułkowi austryjaccy Drowie Perko i Ljubics otrzymali od ministerstwa wojny urlop 3-letni celem udania się do Persyi, gdzie mają urządzić szpitale wojskowe na wzór austryjackich.

* **Warszawa**. Czytamy w *Kuryjerze warsz.* Na posiedzeniu Tow. lekarskiego z dnia 16 bm. zdecydowaną została ważna kwestyja wznowienia posiedzeń publicznych dorocznych. Zwyczaj ten zastrzeżony ustawą, zachowywany przez wszystkie (?) tego rodzaju instytucyje, został w warsz. Tow. dla różnych powodów zaniechanym, przez co szersze koło publiczności i lekarze do towarzystwa nie należący byli pozbawieni wszelkich prawie wiadomości o jego pracach, spostrzeżeniach i projektach. Po przeprowadzeniu dyskusyi zgromadzeni postanowili w styczniu roku przyszłego odbyć posiedzenie publiczne. W tym celu do członków towarzystwa rozesłano kurendę z zapytaniem, kto i w jakim przedmiocie życzyłby sobie odczytać rozprawę na posiedzeniu.

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. nadzwyczajny Dr. Edward Kuelz w Marburgu zamianowany został profesorem zwyczajnym tamże. — Dr. Rählmann w Strasburgu przedstawiony został jednomyślnie na prof. oftalmologii w Dorpacie.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł słynny chemik i farmaceuta Dr. Poggiale, członek akademii, urodzony w r. 1808 na wyspie Korsyce. — W Poitiers umarł Dr. Orillard, dyrektor tamecznéj szkoły lekarskiéj i burmistrz.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 39: Heringa: Niezwykły przypadek zwężenia krtani wywołany przedziurawieniem struny głosowéj; Rzadkowskiego: Epidemija zapalenia osłon mózgo-rdzeniowych w m. Proszowicach.

Sprostowanie. W Nrze 39, str. 460, w szpalcie 2giéj wiersz 13 od góry zamiast: uderzenie ma być odurzenie. — Str. 461, w szpalcie 1széj, wiersz 3 od góry zamiast przesuszenie ma być przesączenie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 11 października 1879. № 41. Rok XVIII.

I. Przypadek amyotroficznego porażenia opuszkowego ze zwyrodnieniem dróg piramidalnych.

Skreślił Dr. A. Adamkiewicz,
Docent prywatny Uniwersytetu i starszy lekarz szpitala Charité w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

I. Prąd przerywany. Zupełnie prawidłowo tak przy bezpośredniém drażnieniu jak i pośredniém przez pobudzenie odpowiednich nerwów, zachowywały się wszystkie mięśnie zaopatrzone przez nerw twarzowy, zwłaszcza przez jego gałązki ustne, i mięsnie odnóg dolnych.

Wcale pobudliwemi nie były tak przy bezpośredniém jak i pośredniém drażnieniu: mięsień trójgłowy ramienia lewego *(triceps brachii)*, mięśnie międzykostne *(interossei)*, mięśnie kłębów paluchowych *(mm. tenarum)* obu stron, z wyjątkiem mięśni międzykostnych pierwszych prawych, prawego prostego brzucha i wyprężaczy ręki prawéj z jéj palcami, prócz mięśnia wyprostnego wskaziciela. Reszta mięśni tułowiu i odnóg górnych okazywały wprawdzie jeszcze utrzymującą się, lecz w miarę zaniku na nich występującego zmniejszoną pobudliwość na prąd przerywany. Mieliśmy zatém wszelkie stopnie pobudliwości począwszy od dosyć energicznéj kurczliwości zginaczy i mięśni wywrotnych na ramionach, aż do najdrobniejszych drgań włókienkowych na mięśniach karku szyi, prócz obu mięśni najszerszych szyi przez n. twarzowy zaopatrzonych, i na mięśniach łopatkowych *(Mm. supra- et infraspinati et deltoidei)*.

II. Prąd stały. Również jak na przerywany oddziaływały zupełnie prawidłowo mięśnie twarzy, oba najszersze szyi i mięśni obydwóch odnóg dolnych, na prąd stały. Niepobudliwemi były mięśnie międzykostne prawéj ręki z wyjątkiem pierwszego z nich, daléj zginacze rąk i palców obu stron prócz prawego długiego mięśnia dłoniowego *(M. palmaris longus)*, lewego zginacza napięstka promieniowego *(flexor carpi rad.)* i naramiennego *(deltoideus)* strony prawéj.

Wyraźny odczyn zwyrodnienia *(Entartungsreaktion* ASz > KSz, leniwe drganie) znaleziono po stronie lewéj a mianowicie na mięśniu dwugłowym ramienia *(biceps brachii)*, dłoniowym długim i na wszystkich mięśniach międzykostnych z wyjątkiem mięśni pierwszego prawego przestworza międzykostnego, po stronie prawéj na wyprężaczach palców, na zginaczu napięstka promieniowym, na mięśniu międzykostnym pierwszym, wreszcie na trójgłowym ramienia. Reszta mięśni szyi, tułowiu i ramion oddziaływały na prąd stały jak zdrowe mięśnie, w których znaczniejsza ilość pęczków mięsnych zanikła. Oddziaływanie to było zwykłém (prędkie drganie) jednak z małą siłą nawet przy dość silnym prądzie (30 do 40 ogniw).

Zebrawszy w całość wyniki powyższego badania widzimy przedewszystkiém, że pewne mięśnie, które okazały się wcale nie pobudliwemi na prąd przerywany tak pośrednio jak bezpośrednio, względem prądu stałego zachowały się jak mięśnie zdrowe i tylko w części jak chorobowo zmienione.

Do pierwszych, które na prąd przerywany niepobudliwe, przecież okazywały zupełną pobudliwość na prąd stały, należały: lewy trójgłowy ramienia, mięśnie grzbietowe przestworza międzykostnego pierwszego ręki lewéj, mięśnie opuszkowe palucha i mięsień prosty brzucha prawy *(M. rectus abdominis)*; do drugich, które i na prąd stały mniéj pobudliwemi się okazały, należały wyprężacze na przedramieniu prawém i lewy dłoniowy długi.

Inne mięśnie objawiały niezwykłe zachowanie się względem prądów, a mianowicie oddziaływały one na prąd przerywany, a mimo to przy użyciu prądu stałego dały objawy zwyrodnienia, jak mięśnie przestworza międzykostnego prawego pierwszego, mięsień podgrzebieniowy prawy *(M. infraspinatus dextr.)* i oba mięśnie dwugłowe ramion.

Ogół zaś pozostałych mięśni szyi, odnóg górnych i tułowiu, których dotąd nie wymieniliśmy, nie usuwały się z pod ogólnego prawidła w swych własnościach elektrycznych, posiadając na oba rodzaje prądów pobudliwość prawidłową, lecz

ilościowo zmniejszoną, zachowywały się więc jak mięśnie w części zanikłe, przeto zdrowe, tylko uboższe w pęczki mięśniowe.

Sfera psychiczna, zmysłowa, jakoteż działalność skóry nie okazywały u naszéj choréj żadnego zboczenia, o czém przekonywaliśmy się z ruchów mimicznych twarzy, z żywości wzroku, jakoteż z widocznych usiłowań mówienia, po których można było poznać, mimo że po części się nieudawały, iż umiałaby dać odpowiedź rozsądną na dane pytania.

Żadnego też zboczenia w narządach wewnętrznych wynaleść nie można było, oprócz choroby oskrzeli będących siedliskiem rozległego nieżytu, nader szybko wzmagającego się z powodu braku sił choréj do wykrztuszania.

Dnia 15 Sierpnia, tj. na trzeci dzień po przyjęciu choréj do zakładu, wystąpiły nagle napady duszności z sinicą. Wśród jednego takiego napadu tego samego dnia wieczorem chora umarła.

Badanie anatomiczne. Sekcyja nie wykazała żadnych zmian chorobowych w narządach wewnętrznych prócz wyżéj wspomnianego rozległego nieżytu oskrzelowego.

Półkule mózgu, móżdżku i sploty mózgowe za świeża przedstawiały się zdrowemi, tylko dno komórki czwartéj było pobruzdkowane i pokurczone. Wszystkie korzenie przednie okazywały zanik wysokiego stopnia a w części szyjnéj i piersiowéj potraciły zupełnie istotę rdzenną: przedstawiały się one jak cienkie bezrdzenne włókna tkanki łącznéj. Dopiéro od części lędźwiowéj rdzenia ku dołowi stawały się grubszemi, niedochodząc jednak nigdy grubości korzeni tylnych; wszędzie zachodził widoczny niestosunek między tylnemi a przedniemi korzeniami a szczególnie w części szyjnéj i piersiowéj rdzenia. Jak korzenie przednie w górnéj części rdzenia, tak też z pomiędzy nerwów mózgowych jeden nerw podjęzykowy *(hypoglossus)* okazywał obraz zupełnego zaniku.

Również rdzeń pacierzowy przedstawiał nie mniéj uwagi godne zmiany: Na świeżych przekrojach poprzecznych wypuklały się tylne postronki widocznie ponad poziom przekroju, przewyższając tak co do objętości resztę białéj istoty, że się tylko szczątkiem z całości wydawała. Na pierwsze spojrzenie mogło się było zdawać, jakoby owa wypuklająca się po nad przekrój pozornie bardzo miękka istota tylnych pęczków była chorą, a reszta rdzenia zdrową. Po dokładniejszém jednak zbadaniu przedmiotu przyśliśmy wkrótce do przekonania, że owa wrzekomo zdrowa reszta rdzenia jest chorobowo zmienioną, zanikłą, twardą, po części przeświecającą i z powodu skurczenia się tak niestosunkowo poniżéj poziomu części zdrowéj zapadłą. I szara istota straciła swój kształt zwyczajny, w części szyjnéj i piersiowéj przednie rogi tejże zupełnie skurczone, od dolnéj dopiero części piersiowéj nabierały swą prawidłową objętość.

Po stwardzeniu rdzenia pacierzowego w chromanie potasowym i kwasie chromowym można było wspomniane wyniki badania makroskopijnego stwierdzić drobnowidowo.

Przednie korzenie części szyjnéj i piersiowéj rdzenia, tudzież włókna nerwu podjęzykowego składały się tylko z falistych pasm zwykłéj tkanki łącznéj obfitéj w jąderka.

Na przekrojach podwójnie barwionych karminem i kwasem osmiowym, mógłem tylko tu i owdzie odszukać czarno zabarwioną istotę rdzenną włókna nerwowego, utrzymanego wśród tkanki łącznéj.

W przednich korzeniach części lędźwiowéj i krzyżowéj rdzenia pacierzowego znachodziłem większą ilość normalnych włókien nerwowych po części w dość nawet znacznéj ilości; jednak nie brak było nigdzie czystych pasm łączno-tkankowych w miejscu nerwów zanikłych.

Na żadnym nerwie mózgowym nie dostrzegłem tak widocznego zwyrodnienia jak na nerwie podjęzykowym, jakkolwiek i w nerwach języko-gardzielowych, błędnych i dodatkowych Wiliziusza wydawała się ilość tkanki łącznéj powiększoną.

Mięśnie, o ile w ogóle ocalały, okazywały barwę żywoczerwoną i pod drobnowidem przedstawiały prawidłowe włókienka mięśniowe.

Badanie drobnowidowe rdzenia na przekrojach karminem barwionych i balsamem kanadyjskim wyjaśnianych doprowadziło mnie do następujących wyników:

I. Rdzeń pacierzowy. 1) Istota biała. Co do istoty białéj w górnéj większéj części rdzenia uderza przedewszystkiém niestosunek zachodzący między objętością postronków przednich, a postronków tylnych i bocznych.

Podzielmy w myśli poprzeczne przecięcie rdzenia na cztery równe części, to zobaczymy, że postronki boczne same dwie ćwiartki zajmują, gdy drugie dwie przypadną na przednie i tylne razem.

Na przekroju górnéj części piersiowéj rdzenia zdrowego widać, że przestrzeń zajmowana przez postronki tylne w stanie prawidłowym jest nieco większa od przestrzeni zajmowanéj przez postronki przednie a nadto widzimy, że i zdrowy rdzeń pacierzowy nie koniecznie musi mieć bezwzględnie symetryczną budowę. Co uwzględniwszy możemy przypuścić w ogólności, że płaszczyzna poprzecznego przecięcia postronków tylnych na zdrowym rdzeniu prawie czwartą część całéj powierzchni przecięcia białéj istoty zajmuje.

W rdzeniu pacierzowym naszéj choréj stosunek ten bardzo był zmieniony. Wzdłuż przebiegu całego rdzenia w części szyjnéj i piersiowéj postronki przednie były tak niezwykle małe, że stanowiły prawie mały ułamek objętości postronków tylnych i że nawet wzięte z bocznemi razem nie dosięgały objętości tamtych.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Wyczekiwanie jako sposób leczenia kiły.

Napisał Dr. **Ż. Krówczyński** we Lwowie.

Z każdym dniem obecnie powiększa się liczba zwolenników leczenia wyczekującego. Jak wiadomo polega ono na tém, że kiły nie leczy się żadnemi środkami ogólnemi, lecz ogranicza się wyłącznie do miejscowego leczenia, a obok tego stara się korzystnie wpłynąć na przebieg choroby odpowiednią hygieną. Niewłaściwie wyczekującém leczeniem nazywamy usuwanie objawów chorobowych za pomocą podawania środków przeczyszczających i upustów krwi, albowiem w ścisłém znaczeniu wyczekującym sposobem leczenia jest bierne przypatrywanie się przebiegowi kiły. Pochop do tego sposobu leczenia dał William Fergusson, lekarz wojskowy armii angielskiéj, stojącéj załogą w Portugalii, wysyłając list dnia 30. kwietnia r. 1812, który d. 9. czerwca 1812 r. odczytano na posiedzeniu medyczno-chirurgicznego Towarzystwa w Londynie. W tym liście porównywa on skutki kiły i jéj zniszczenia w angielskiém i portugalskiém wojsku i przypisuje łagodny przebieg kiły u Portugalczyków wyczekującemu leczeniu, a groźne objawy u An-

glików kładzie na karb leczenia rtęcią. Myśl leczenia przez wyczekiwanie znalazła natychmiast wielu naśladowców w Anglii i ztąd pochodzi nazwa angielska *„simple treatement.“* Th. Rose, wielki zwolennik wyczekiwania, pisze w swém dziele „o leczeniu kiły“, że chorych leżących zwykle w łóżku, leczył tylko miejscowo, a „rezultat, jakiego się spodziewał, bardzo się różnił od wyniku otrzymanego“, albowiem wyleczenie następowało, mimo że nie używano wcale rtęci. W ślady Fergussona i Rosego wstąpiło wielu angielskich lekarzy jako to: G. J. Guthie, Thompson, Hennen, Bartel, Hill, Alcock i t. d., a pisma ich świadczą, że przenosili leczenie wyczekujące nad inne sposoby. Poglądy szkoły fizyjologicznéj, powstałéj w tymże czasie na ziemi francuskiéj, poparły sposób leczenia rozpowszechniony w Anglii. Twórca téj szkoły F. I. V. Broussais, przecząc istnieniu kiły, zaleca gorąco leczenie miejscowe, a mianowicie stawianie pijawek, i twierdzi, że upusty krwi leczą nie tylko wczesną, ale nawet zastarzałą kiłę. Rozumowania szkoły fizyjologicznéj, która jak wiadomo przeczyła, jakoby choroby ustrojowe istniały, a objawy tychże chorób przedewszystkiém do zapaleń odnosiła, rozumowania jéj, powtarzam, w kwestyi leczenia były bardzo konsekwentne. Jourdan, Richond de Brus, Robillier, Desruelles, M. Devergie wierni zasadzie szkoły fizyjologicznéj, przemawiają za leczeniem wyczekującém, a porównywając je z leczeniem za pomocą rtęci utrzymują, że leczenie pierwsze krótszego czasu wymaga, że nawroty chorobowe są rzadsze i lżejsze, a rtęć podawana w kile jest niewłaściwą i nieużyteczną. Nieco późniéj wyczekiwanie znajduje zwolenników w Niemczech, a Handschuh ogłaszając (r. 1826) rezultaty leczenia wyczekującego, jakie Brinnighausen w wojskowym szpitalu w Würzburgu otrzymał, zachęcił swoich ziomków do dalszych doświadczeń. Próby robione przez Frickego, F. Wilhelma, Klugego, które wypadły ich zdaniem korzystnie, rozpowszechniły w Niemczech leczenie wyczekujące, które w dalszym pochodzie udzieliło się Szwecyi, Danii, Polsce i Rosyi. Do połowy trzeciego dziesiątka naszego wieku miało ono najwięcéj zwolenników ze wszystkich sposobów leczenia kiły, jakich w owym czasie używano; odtąd liczba leczących wyczekiwaniem malała aż do ostatnich czasów. W bieżącym dziesiątku znowu wzrasta dość raźnie liczba obrońców tego sposobu leczenia, a w gronie ich znajdujemy zagorzałych nawet merkuryjalistów. Niejeden z przytoczonych autorów nie wytrwał do końca w uznawaniu wyczekiwania jako najlepszéj metody leczniczéj, obecnie natomiast wielu obrońców leczenia rtęcią przechodzi do obozu zwolenników leczenia wyczekującego. Wahania te, jakkolwiek szkodliwe, wynikają z istoty rzeczy, o któréj pojęcia nasze z postępem nauk się zmieniają, a dopóki one się nie utrwalą, dopóty usprawiedliwione i konieczne będą rażące zmiany w sposobach leczenia. Gdyby leczenie wyczekujące nie miało zwolenników w naszéj epoce po dokonaném wykluczeniu wiewióra i wrzodu miękkiego z chorób kiłowych, moglibyśmy pomyślne wyniki tego sposobu leczenia kłaść na karb niewłaściwego używania rtęci w chorobach, które obecnie jedynie miejscowo leczymy; wzrastająca jednak obecnie liczba obrońców leczenia wyczekującego zmusza do szczegółowego rozbioru zasad, jakiemi zwolennicy wyczekiwania się kierują. A zasady te u różnych autorów niestety są różne. Jedni, jak I. Hermann, lekarz szpitala na Wiedeniu, nie uznając kiły jako choroby ustrojowéj, z konsekwencyi nie widzą potrzeby leczenia objawów kiły następowéj, która ich zdaniem jest rezultatem leczenia rtęcią. Inni przyznają, że kiła ustrojowa istnieje i zalecają leczenie, jakiém w chorobach ostrych wysypkowych się posługujemy, jak np. K. Bennet, lub leczą jedynie środkami dyjetetycznymi, przeczyszczającemi i rozmaitemi odwarami, jak Baerensprung i jego naśladowcy. A. Acwre pochwala wzmacniające i symptomatyczne leczenie, które zupełnie wystarcza do usunięcia ciągle umniejszającéj się skazy krwi, jaką jest kiła, a A. Després zabrania usuwać objawów kiły, bo one są dowodem, że organizm pozbywa się przez nie choroby. Przytoczeni autorowie są wybitnymi reprezentantami leczenia wyczekującego, a nie brak i takich, którzy coraz więcéj skłaniają się do tego sposobu leczenia, chociaż nie przestają jeszcze używać środków swoistych, dotąd przeciwko kile używanych. Do takich, którzy coraz więcéj ku wyczekiwaniu się skłaniają, należy Zeissl; z początku umiarkowany merkuryjalista, często posiłkował się preparatami jodowemi, a zwolna zawodząc się na nich, przechodzi do obozu leczących przez wyczekiwanie. Przyznaje on, że choroba trwa dłużéj, gdy ją miejscowo wyłącznie i środkami dyjetetycznemi leczymy, natomiast nawroty chorobowe bywają rzadsze i lżejsze, a wyleczenie tym sposobem uzyskane jest niemal zupełne. Leczenie wyczekujące, zdaniem jego, jest najkorzystniejszém w przypadkach wczesnéj kiły, a niezbędném jest ono wówczas, gdy do objawów kiły przystępuje jakakolwiek choroba gorączkowa lub ustrojowa jak np. dur, czerwonka, zapalenie płuc. Jeszcze bardziéj zadziwia skłanianie się Sigmunda ku leczeniu wyczekującemu. Dwadzieścia kilka lat wstecz głosił Sigmund, że najskuteczniéj leczy się kiła przetworami rtęciowemi i zalecał takowe jak najwcześniéj, twierdząc, że im więcéj dni nad cztery od chwili okazania się objawu pierwotnego kiły minęło, tém więcéj jest wskazane ogólne leczenie obok miejscowego. Wkrótce potém przekonany o niemiłych następstwach zawczesnego leczenia kiły, podaje jako stosowną chwilę podawania rtęci okazanie się objawów kiły następowéj, a wreszcie w ostatnich chwilach leczenie rtęcią jeszcze więcéj porzuca i twierdzi, że miejscowe leczenie ogólnéj kiły bynajmniéj nie potęguje objawów chorobowych, które we wielkiéj części (40%) są bardzo lekkie gdy pierwotne zmiany kiłowe leczono miejscowo. Do używania środków przeciwkiłowych radzi uciekać się Sigmund obecnie wówczas, gdy we wielu przyrządach zmiany kiłowe równocześnie występują, lub gdy objawy kiły chociaż w jednym organie są groźniejsze, lub wreszcie, gdy ogólne odżywienie cierpi wyłącznie z powodu kiły. Na razie nie uwzględniam zapatrywań zwolenników syfilizacyi czyli szczepienia wydzieliną objawów kiłowych, którzy również leczą kiłę miejscowo, bo w innym ustępie obszerniéj o nich pomówimy. Streszczając zapatrywania leczących wyczekiwaniem widzimy, że korzyścią leczenia wyczekującego ma być, iż nawroty chorobowe są lżejsze i rzadsze, objawy późnéj kiły wyjątkowe i przeważnie niegroźne, chociaż zniknięcie objawów choroby dłuższego wymaga czasu. Jeśliby korzyści te miały być prawdziwe, a nie zwodnicze, należałoby się leczeniu wyczekującemu pierwszeństwo przed innemi sposobami, któremi w leczeniu kiły się posługujemy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Brak wrodzony pochwy i macicy.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz
lekarz powiatowy w Turce.

Przypadki wrodzonego braku części rodnych kobiecych

należą w ogóle do nadzwyczajnych rzadkości w zakresie zboczeń ustrojowych, a okoliczność ta skłania mnie do ogłoszenia dość ciekawego przypadku, jaki udało mi się dokładnie zbadać przed kilku miesiącami podczas ordynacyi lekarskiéj.

W pierwszych dniach lipca rb. przybyła do mnie po poradę Rajza W. z Tureczek wyższych w powiecie turczańskim położonych, ciemna szatynka, dobrze zbudowana i nie źle również odżywiona, licząca lat 22—23, od 6 lat zamężna, uskarżając się, że od lat 3 nie ma regularności wcale, a chociaż już 6 lat jest zamężną, dzieci nie ma. W 17 roku życia wyszła za mąż i wówczas jeszcze nie miesiączkowała; po zamążpójściu doznawała zrazu znacznych boleści przy spółkowaniu i przez lat 3, lubo w odstępach nieregularnych, jednakowoż miesiączkowała; regularność pojawiała się tylko co 6 lub 8 tygodni i była bardzo skąpa.

Ponieważ kobieta ta była dobrze zbudowaną i nie źle odżywioną, z sutkami dziewiczemi dość dobrze rozwiniętemi, a powierzchowne jéj zbadanie nie wykryło żadnego cierpienia płuc, w szczególności zaś suchot płucnych, przeto przystąpiłem bezpośrednio do zbadania jéj narządów płciowych. Badając najpierw palcem miałem to uczucie, że palec wchodzi najpierw w maleńki dołeczek, z któregoześlizguje się wchodząc do otworku więcéj w górze położonego, poczém za lekkim naciskiem wsuwa się przez kanał wąski mocno palec obciskający i dostaje się do jamy jajowatéj, wyścielonéj gładką błoną śluzową bez śladu jednakże czopka odpowiadającego części pochwowéj macicy. Po wysunięciu palca wypłynęło kilka kropel cieczy posiadającéj woń moczu. Domyślając się zaraz, że palec mój zamiast do pochwy zabłąkał się do rozszerzonéj cewki moczowéj, a przez nią do pęcherza, przystąpiłem do dokładnego zbadania mojéj pacyjentki, tém bardziéj, że przypadek ten żywo mi przypominał 18to letnią dziewczynę obserwowaną na klinice prof. Brauna w Wiedniu, dotkniętą brakiem wrodzonym części rodnych, nadto dowcipne wyrażenia się Hyrtla w anatomii topograficznéj o spółkowaniu przez cewkę moczową.

Badanie za pomocą wzroku wykazało, że u 23-letniéj Rajzy W. wargi sromne większe i mniejsze, jakotéż łechtaczka i otwór cewki moczowéj były ukształtowane zupełnie prawidłowo. W miejscu wejścia do pochwy nie było ani śladu błony dziewiczéj, tylko mały dołeczek, w który zaledwie koniec małego palca wchodził, a sonda gruba przy wtłaczaniu zagłębiała się co najwięcéj na $2\frac{1}{2}$—3 cm. Ślad ten pochwy kończył się gładko i ślepo. Koło otworu cewki moczowéj z boku lewego i nieco ku górze znajdował się również dołek zagłębiający się jednak tylko na 1 cm. Sama cewka moczowa była tak rozszerzoną, że palec wskazujący wnikał przez nią dość swobodnie do pęcherza, a nawet wziernik maciczny Nr. 1, tj. najmniejszy, mający przeszło $1\frac{1}{2}$ cm. średnicy w otworze końcowym można było bez bólów dla badanéj wprowadzić i cały pęcherz dokładnie obejrzeć. Błona śluzowa jego była mocno zaczerwieniona, rozpulchniona, a przy dotknięciu sondą łatwo krwawiła. Drobną siatkę naczyń zaopatrujących błonę śluzową można było widzieć dokładnie używszy zwłaszcza do tego reflektora większego.

Chcąc się przekonać, czy nie ma jakich pozostałości lub resztek niedokształconéj pochwy i macicy, użyłem badania kombinowanego za pomocą palca wprowadzonego do odbytnicy i cewnika metalowego wprowadzonego do pęcherza. Badanie jednakowoż w ten sposób dokonane nie wykryło żadnych grubszych tkanek lub guzków pomiędzy błoną śluzową odbytnicy a błoną śluzową pęcherza, tak, że na podstawie badania za życia dokonanego przypuścić należy brak wrodzony pochwy i macicy.

Mąż zatém Rajzy W. nie mogąc dopełnić spółkowania z powodu braku pochwy, rozpychał przy bezskutecznych zrazu usiłowaniach otwór prowadzący do cewki moczowéj, a następnie rozepchał i cewkę moczową samą tak, iż odtąd przez czas kilkoletni spółkował z żoną przez cewkę moczową; ponieważ atoli po ukończeniu spółkowania żona oblewała go moczem mimowoli po usunięciu prącia wydzielanym, przeto w ostatnich czasach zbrzydził sobie żonę, która i z tego także powodu rady lekarskiéj zasięgała. Prawdopodobną jest nadto rzeczą, że owa mniemana regularność, jaka u Rajzy W. dopiero po zamążpójściu w ilości nader skąpéj pojawiać się zaczęła, pochodziła od powierzchownych pęknięć błony śluzowéj w okolicy cewki moczowéj, w razie forsowniejszego wtłaczania prącia, a krew nie pokazywała się więcéj, gdy cewka moczowa w znacznym stopniu rozszerzoną została. Skutkiem drażnień mechanicznych cewki moczowéj i przyległéj błony śluzowéj pęcherza, jakotéż wstrzykiwania doń nasienia i przystępu nieraz powietrza, powstały zboczenia również chorobowe w błonie śluzowéj pęcherza samego, co badanie tak przekrwionéj i rozpulchnionéj téj błony, jakotéż badanie moczu oddziaływającego alkalicznie i zawierającego nieco białka i węglanu amonowego w zupełności stwierdziły.

W obec takiego stanu choréj oczywiście o żadnéj radykalnéj kuracyi, ani téż o zabiegach operacyjnych mowy być nie mogło, a chora była zmuszoną poddać się swemu losowi.

Jak już powyżéj wspomniałem, obserwowałem drugi tego rodzaju przypadek w klinice prof. Brauna w Wiedniu. Tam również bardzo dobrze zbudowana i odżywiona 18letnia dziewczyna, z sutkami dobrze rozwiniętemi i pełnemi, okazywała zupełny brak wrodzony pochwy i macicy; w miejscu pochwy był podobnie jak u mojéj choréj mały dołeczek, w który zaledwie koniec palca wtłoczyć można było. Prof. Billroth za pomocą badania ręki całéj włożonéj sposobem Simona do odbytnicy nie wykrył ani śladu macicy.

Zdaniem autorów należy zupełny brak macicy do nadzwyczaj rzadkich anomalij, inni zaś pisarze utrzymują, że zupełny brak macicy nigdy się nie zdarza. (Bardeleben *Lehrbuch der Chirurgie* IV Bd. S. 432. Schröder *Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, Ziemssens Handbuch* Bd. X. Str. 31). „Oględziny bowiem pośmiertne dokonane z wszelką oględnością i dokładnością w ciągu bieżącego stulecia nie wykryły ani jednego przypadku zupełnego braku macicy, lecz tylko brak jéj częściowy lub resztki niedokształconéj macicy. W istocie téż, pisze daléj Bardeleben, macica częstokroć jest tak mała, że przy powierzchownem badaniu może być przeoczoną, tém bardziéj, że tak pod względem swych funkcyj, jakotéż i pod względem praktycznym w takim stanie żadnéj roli odgrywać nie może.“ Chociaż w obu przytoczonych przypadkach żadną miarą na powierzchowne badanie uskarżać się nie można, to wszelakoż trzeba przyznać, że oględziny pośmiertne podjęte z całą ścisłością zasługują na pierwszeństwo przed najdokładniejszém nawet badaniem dokonaném za życia, i one tylko sprawdzić może kiedyś potrafią, czy w istocie w obu tych przypadkach istnieje zupełny wrodzony brak pochwy, macicy i jajników, lub téż znachodzą się jakie resztki niedokształcone, w każdym razie bardzo nieznaczne, skoro ich dokładne badanie za życia wykryć nie zdołało.

IV. Oceny i sprawozdania.

R. Volkmann: **Charakter i znaczenie grzybowatego zapalenia stawów** *(fungöse Gelenkentzündung)*.

Dawniéj przedstawiono sobie grzybowate zapalenia stawów jako już pierwotnie rozległe sprawy: zniszczone i zropiałe stawy, albowiem chorzy, którzy właściwie temu cierpieniu już ulegli, stanowili najgłówniejszy materyjał badania. Sądzono, ponieważ zawsze torebka stawowa przedstawiała się bardzo cierpiącą, że w niéj leży punkt wyjścia cierpienia *(Synovitis fungosa)*; myślano, że powstaje w skutek skazy zołzowéj w podobny sposob, jak zapalenia stawów w ropnicy, durze, kile, ostrych wysypkach itp. cierpieniach. Ten sposób zapatrywania był fałszywy.

Grzybowate zapalenia stawów poczynają się w przeważnéj liczbie przypadków jako cierpienia ogniskowe, i to sadowią się pierwotne ogniska zawsze w kości lub na kości.

Czy i kiedy ognisko przebija się do stawu, czy i kiedy z pierwotnego cierpienia kości powstaje następowe cierpienie stawu, zawisłém jest od okoliczności przypadkowych. Ogniska kostne leżą w rozmaitéj odległości od chrząstki stawowéj, niekiedy nawet za chrząstką nasady kostnéj. Zwykle znachodzi się tylko jedno ognisko, które z początku małe, okrągłe i ostro ograniczone, powoli od tkanki zaczerwienionéj otaczającéj je oddzielać się zaczyna. W bezpośredniém otoczeniu widać albo pojedyncze, albo w galaretową, bladofijoletową warstwę skupione prosówkowe albo mniejsze jądra *(miliare u. submiliare)*; okazują one wszystkie cechy gruzełek prosówkowych *(Miliartuberkel)*; mamy zatém prawdziwą gruźlicę *(tuberculosis)* kości. Dopóki ognisko w kości zamkniętém pozostaje, mamy do czynienia tylko ze zwiastunami grzybowatego zapalenia stawów, *stadium prodromorum* dawnych lekarzów.

Staw sam może być jeszcze wcale nietknięty, albo téż tylko w skutek powiększonego przypływu materyjału odżywczego wciągniętym zostaje w cierpienie; zachodzą wtedy nieznaczne, nie specyficzne zmiany; obrzmienie torebki, wysięk do stawu, albo częściowy zanik jamy stawowéj. Niebezpieczeństwo dla stawu, że stanie się grzybowatym, rozpoczyna się dopiero wtedy, kiedy nastąpi rozmiękczenie ognisk gruźliczych kości, a w skutek tego reakcyjne ropienie w ich sąsiedztwie.

Jakie szczególowe warunki sprowadzają te rozmiękczenia, nie jest wiadomém; może ono szybko i nagle wystąpić a może wcale nie nastąpić. Wynikiem rozmiękczenia jest jama *(caverna)*, wypełniona mazistą, serowatą ropą, albo téż, co daleko częściéj wydarza się u dzieci, obumiera całe ognisko i tworzy się wtedy odszczep *(sequester)* serowaty, który naturalnie do zwykłych ze zropienia powstałych odszczepów mało ma podobieństwa', raczéj wygląda jakby konkrement albo zwapniały gruczoł oskrzelowy.

Tak jama w kości jak i odszczep dostają osłonę granulacyjną z tkanki blado-szaréj, kruchéj, która się w późniéjszym okresie jako błona ropna *(Abscessmembran)* w całości daje oddzielić; i ta warstwa zawiera nie tylko wyjątkowo dobrze wykształcone gruzełki prosówkowe, ale także często wyłącznie z tychże się składa.

Wszędzie gdzie tylko zdrowa tkanka styka się ze stopionemi serowatemi masami i z ropą zawierającą jad *(virus)* gruźliczy, występują specyficzne prosówkowe *(miliare)* twory, wszędzie wskazują one w znacznéj ilości nagromadzone drogę, którą się posuwały, wszędzie stanowią, skoro się rozpadną, nowy materyjał bujania. Ztąd uporczywość zapalenia gruźliczego, ztąd tak rozległe zniszczenie tkanek, ztąd powrót cierpienia po wyleczeniu pozornem i długim stanie spokoju.

Nie zawsze przebijają ogniska do stawu, na wszystkich stawach można zauważyć przy sposobności przebicie zewnątrzstawowe.

Jeżeli zaś jad gruźliczy dostanie się do stawu, to staje się torebka stawowa siedzibą ogólnego powstawania gruzełków.

Najczęściéj okazuje się różnica, w miarę tego, czy jad dostał się do stawu zdrowego, lub téż istniało już nieznaczne zlepne zapalenie w skutek obecnego przekrwienia powstałe. W pierwszym przypadku powstaje najczęściéj ostre ropne zapalenie stawu, a późniéj znachodzą się drobne wykształcone gruzełki prosówkowe, połączone w większe grupy albo rozpostarte w cienką warstwę w błonie maziowéj mało zmienionéj. Jeżeli jednak już poprzednio nastąpiło zapalne wytworzenie się granulacyj, to rozwija się często grzybowata forma; torebka nabrzmiewa w masę miąższą, granulacyjną, w któréj leżą rozsiane prosówkowe *(submiliare)* gruzełki, gołém okiem tylko jako guzki dostrzegalne.

Naturalnie znachodzą się między temi dwiema formami wszystkie możliwe przejścia. Co było powiedzianém o następowém zakażeniu torebki stawowéj, rozumie się i o ropniach w sąsiedztwie stawów grzybowatych się tworzących.

I te ropnie powstają tylko w skutek bezpośredniego zaszczepienia jadu specyficznego, przez przebicie materyjału gruźliczego do okołostawowéj tkanki, tj. są one z małemi wyjątkami, ropniami opustowemi.

Przyczyna, dlaczego dotychczas związek ich z chorą kością lub jamą stawową bezpośredni przypuszczano, leży w tém, że pierwéj lękano się takie zewnątrzstawowe ropnie otwierać.

Wygląd ścian ropnia jest charakterystycznym: Cała ściana wewnętrzna jest wytapetowana błoną 1—2 mm. grubą, blado-fijoletową, która z częściami sąsiedniemi zapalnie zgrubiałemi zupełnie wiotko za pomocą miękkiéj, galaretowatéj warstwy granulacyjnéj jest w połączeniu. Samo ugniecenie, albo silniejsze wystrzyknięcie do takich ropni wystarcza, aby wielkie w związku pozostające kawałki téj błony oderwać.

Te błony ropnia składają się prawie tylko z guzków gruźliczych ściśle obok siebie ugrupowanych.

Niewrażliwemi na zakażenie gruźlicze są chrząstki stawowe; następowe przeniesienie się specyficznego zapalenia ze stawu na kości następuje dopiero wtedy, tj. pruchnienie następuje dopiero wtenczas, skoro chrząstka stawowa w skutek prostego reakcyjno-reparacyjnego zapalenia, tj. wytworzenia granulacyj w istocie gębczastéj narządu, oddzieloną, resp. sitkowato przedziurawioną, albo w skutek zetknięcia się z ropą stawu zmacerowaną zostanie.

Po zniknięciu chrząstki posuwa się zakażenie na warstwę granulacyjną niżéj leżącą kości, i wtedy przychodzi pod wpływem ucisku, jaki powierzchownie kości na siebie wywierają, do téj

zmiany, którą *caries superficialis* nazywamy, tj. kości ulegają zniszczeniu od powierzchni.

Odszczep *(sequester)* serowaty pozostały natenczas, a pochodzący od części kości, które już więcéj nie istnieją, wyjaśnia, że punktem wyjścia całego procesu było ognisko w kości.

W każdym razie istnieje pierwotna *„tuberculosis synovialis;“* ale to zdarza się prawie wyłącznie u dorosłych, występuje pod postacią niewinnego ropienia w stawie, a każe bardzo źle rokować. Wielka część przypadków opisanych jako *caries atonica* albo jako zimny ropień stawu, tutaj należy.

Jeżeli już jest raz pewném, że grzybowate zapalenia na istotnéj gruźlicy polegają, to zdawałoby się może dziwném, dlaczego każdy człowiek, który cierpi na grzybowate zapalenie stawu, bez wyjątku ogólnéj gruźlicy nie ulega.

Na to daje się odpowiedzieć, że gruźlica u człowieka łatwo się tylko lokalizuje, ale o wiele trudniéj się generalizuje, niżeli np. u królika i morskiéj świnki. Z téj okoliczności, że gruźlica stawu w każdym okresie wyleczyć się daje, nie można wnosić, że między cierpieniami, jako gruźlica lokalna uważanemi (*Friedländer*) a gruźlicą ogólną istnieje inna, jak tylko ilościowa różnica. Chorzy z zapaleniem grzybowatém stawu pochodzą prawie bez wyjątku z rodzin, w których gruźlica jest panującą, i przecież większa liczba tychże umiera późniéj na ogólną gruźlicę. Niema zatém związku namacalnego między zapaleniem grzybowatém stawów a ogólną gruźlicą. (*Sammlung klin. Vorträge.* Nr. 168—169). *Kra.*

W. O. Leube: **Niestrawność nerwowa** *(Dyspepsia nervosa).*

Wiadomo, że wielu ludzi zdrowych doznaje po spożyciu nawet miernéj a tém bardziéj nieco znaczniejszéj ilości pokarmów, pewnego uczucia ogólnego rozstroju obok uczucia pełności w okolicy żołądka, częstokroć uderzeń do głowy, rozdrażnienia, ociężałości i senności, niechęci do pracy umysłowéj itp. Powyższe objawy, należące jeszcze do zakresu zdrowia, zależą niewątpliwie od wpływu sprawy trawienia na układ nerwowy. Jakiego rodzaju jest ten wpływ, czy chemiczny (Senator), skutkiem działania pewnych składników miazgi pokarmowéj (kwas mlekowy?) na ośrodki nerwowe, lub też mechaniczny (Leube), skutkiem bezpośredniego podrażnienia nerwów żołądkowych a odruchowo i całego układu nerwowego przez spożyte pokarmy, trudno rozstrzygnąć. Za ostatniém tłumaczeniem przemawia okoliczność, że wzmiankowane objawy występują bezpośrednio po spożyciu pokarmów, nie zaś dopiero w czasie trawienia, niemniéj, że objawy te nie zależą tyle od jakości, ile od ilości pożywek.

Przez nieprawidłowo wygórowane nasilenie powyższych objawów, skoro tylko powstawanie ich nie zawisło ani od nieprawidłowych bądź jakościowo bądź ilościowo pożywek, ani od zboczeń anatomicznych błony śluzowéj żołądka, nabierają takowe znaczenia patologicznego. Że zaś w tym razie przyczyny ich szukać należy w zbytniéj wrażliwości nerwów żołądkowych a następowo i całego układu nerwowego, cierpienie to określić się daje jako niestrawność oparta na podstawie nerwowéj, czyli niestrawność nerwowa *(dyspepsia nervosa).*

Zasadnicza różnica między tą nerwową postacią niestrawności, jako pojęciem chorobowém samodzielném, a niestrawnością objawową, towarzyszącą różnym zboczeniom anatomicznym żołądka (nieżyt, wrzód okrągły, rak itp.) polega na tém, że podczas gdy ostatnia tłumaczy się nieprawidłowym przebiegiem trawienia skutkiem zmian chorobowych żołądka, pierwsza polega li tylko na zbytniéj wrażliwości nerwów żołądkowych, bez jakichkolwiek zboczeń anatomicznych. Z téj zasadniczéj różnicy wypływa zarazem i rozpoznanie niestrawności nerwowéj, jako choroby samodzielnéj. Przedewszystkiém rozstrzyga tu niestosunek między znacznemi objawami podmiotowemi chorych, a wynikiem przedmiotowego badania, mianowicie brakiem zboczeń w trawieniu żołądkowém.

Podeszły wiek, wynędznienie, bóle w okolicy żołądka, wymioty zwłaszcza krwawe, a przedewszystkiém możność wymacania guza pozwalają z łatwością odróżnić chorobę w mowie będącą od raka żołądkowego, z którym prócz objawów niestrawności nie ma nic wspólnego.

Brak łaknienia, obecność nieprawidłowych składników miazgi pokarmowéj, zbyt długie pozostawanie pożywek w żołądku, częstokroć wymioty niestrawionemi pokarmami z domieszką większéj ilości śluzu, skuteczność leczenia przeciwnieżytowego (przepłukiwanie żołądka, ścisłe zachowanie odpowiedniéj dyjety itd.) przemawiają za przewlocznym nieżytem żołądka, podczas gdy w niestrawności nerwowéj czas trawienia żołądkowego jest prawidłowy a objawy niestrawności znikają pod wpływem leczenia ogólnego, zwłaszcza skrzepiającego ogólny układ nerwowy.

Odróżnienie niestrawności nerwowéj od wrzodu żołądkowego w razach, gdy takowy nie sprawia innych objawów prócz uczucia ciśnienia w okolicy żołądka, odbijania, nudności, bólu głowy, senności, zwłaszcza gdy badanie pompą żołądkową nie wykazuje żadnych zboczeń w trawieniu, jest bardzo trudne. W tych razach rozpoznaje się *ex juvantibus.* Jeżeli leczenie skierowane przeciw wrzodowi żołądkowemu (według Leubego chory pozostaje w łóżku, zachowuje dyjetę ścisłą, żywi się tylko mlekiem lub roztworem mięsnym, dostaje ciepłe okłady na brzuch) w ciągu 2 tygodni nie skutkuje, w takim razie wyklucza się wrzód żołądkowy a rozpoznaje i leczy niestrawność nerwową.

Rozstrzeń żołądkową znaczniejszego stopnia odróżnia się za pomocą badania fizycznego, nerwoból zaś żołądkowy odznacza się charakterystycznemi napadami bólów, czego brak w niestrawności nerwowéj.

Rozpoznanie zatém choroby w mowie będącéj polega na stwierdzeniu objawów niestrawności w ogóle (uczucie ciśnienia w żołądku po jedzeniu, odbijanie, nudności, uderzenia do głowy, ociężałość, senność, ból głowy, nastrój śledzienniczy), tudzież na wykluczeniu innych chorób żołądka i na wykazaniu prawidłowego trawienia żołądkowego za pomocą pompy żołądkowéj. W 7 godzin po spożyciu pieczeni cielęcéj z kawałkiem chleba wypompowana treść żołądkowa nie powinna zawierać resztek niestrawionych, (Kretschy, Leube).

Rozpoznanie będzie tém prawdopodobniejsze, jeżeli u téj saméj osoby znajdują się inne objawy ogólnych zboczeń nerwowych (nerwobóle, kurcze, ogólny rozstrój nerwowy lub t. p. objawy macicznicze), niemniéj jeżeli jako przyczyna tychże objawów wykazać się dają wpływy zakłócające czynność układu nerwowego (macicznictwo, onanija, błędnica itp.)

Rokowanie w ogóle nie jest bardzo pomyślne, gdyż choroba ta jak wiele innych chorób nerwowych opiera się częstokroć wszelkim zabiegom leczniczym.

W leczeniu zasługują na uwagę przedewszystkiém zabiegi mające na celu skrzepienie całego układu nerwowego (hydroterapija), tudzież chinin z przetworami żelezistemi, silny prąd przerywany stosowany na okolicę żołądka itd. W jednym przypadku zauważył Leube bardzo pomyślne skutki po zadaniu ergotynu. (*D. Arch. f. klin. Med.*)

Dr. Smoleński.

Dr. Kapuściński i Zielewicz: **O działaniu będźwinianu sodu w nieżycie żołądko-kiszkowym u dzieci.**

Powyższa rozprawka zwróciła na siebie uwagę ze względu na ważność choroby, letnią porą dziesiątkującéj prawie dziatwę pierwszych lat życia. Drowie K. i Z. używali już tego przetworu od sierpnia 1878 r. w téj chorobie i otrzymali zupełnie zadowalające skutki. Letzerich w rozprawie „o najnowszych sposobach leczenia błonicy“ (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 7, 1879. Sprawozdanie w Przeglądzie Lek. Nr. 13 t. r.) mimochodem wspomina o dobrém działaniu tegoż środka w nieżycie ostrym żołądko kiszkowym, nie zapuszczając się w szczegóły sposobu i wyniku działania.

Drowie K. i Z. używali mniejszych dawek, niż je Letzerich w błonicy podawał, z uwzględnieniem wieku, stanu, odżywienia, czasu trwania choroby a szczególniéj zachowania dyjetetycznego chorych, w którém oseski do saméj piersi matki ograniczali.

Przepis ich był całkiem prosty: Rp. Natri benzoici 5,0, Aquae destillatae 90,0, Syrupi simplicis 10,0. S. Co 2 godziny łyżeczkę od kawy dzieciom w pierwszym roku życia, starszym po dwie itd. Już po użyciu 30 do 60 grm. tego rozczynu ustawały zupełnie wymioty, jednak utrzymujące się rozwolnienie wymagało jeszcze podania podazotanu bizmutu lub dwuwęglanu sodu, bez wszelkich dodatków przetworów makowca.

Zasada, jaką się kierowali, zupełnie jest racyjonalną. Nieroztropne żywienie dzieci bywa najczęstszą przyczyną chorób żołądko-kiszkowych w tym wieku, matki bowiem są tego przekonania, że oseskom starszym pierś sama nie wystarcza, że brak ten podawaniem potraw stałych wynagradzać potrzeba, albo że należy je przyzwyczajać do samodzielnego późniejszego życia. Cóż więc dziwnego, że potrawy, letnią porą bardzo łatwo zepsuciu ulegające, wprowadzone do przewodu pokarmowego na to nieprzygotowanego, szybko w nim wywołują fermentacyję z zadrażnieniem błony śluzowéj żołądka i z wszelkiemi następstwami. Odpowiedniém przeto jest podanie środka przeciwgnilnego, któryby wstrzymując rozkład, także i następstwa tegoż usunąć potrafił.

Z tego zapatrywania wychodząc używali oni już przetworów kw. salicylowego, lecz z ujemnym skutkiem. Nowy przetwór, o którym mówimy, nie zawiódł ich oczekiwania, otrzymali bowiem przy użyciu tegoż tylko 3·17% śmiertelności, a nawet żadnego, jeśli uwzględnimy, że jedno ze zmarłych dzieci było zupełnie wyniszczoném, nim pod opiekę ich się dostało, drugie zaś z kiłą dziedziczną przyjęto. (*D. med. Woch.* 1879, 32).

(Uwaga sprawozdawcy. Zbyt częste przypadki nieżytu żołądko-kiszkowego ostrego obserwowane tak stale w szpitalu św. Ludwika, jakotéż w ambulatoryjum na klinice pedyjatrycznéj, dały sposobność dowodnego przekonania się o działaniu tego leku. W zbyt groźnym i przestraszającym dla matek początku tej choroby lek ten wykazał nam nader świetne skutki, przez nagłe prawie wstrzymanie niszczących wymiotów. Co do dalszego jednak działania, kiedy tylko z rozwolnieniem ma się do czynienia, z naszych obserwacyj zaznaczyćbym musiał, że lek ten sam podawany rozwolnienia nie wstrzymuje i że podawany nawet z środkami ściągającemi czas leczenia przedłuża. U chorych, u których po ustaniu wymiotów lek ten usunięto a samych tylko przetworów garbnikowych używano, w krótszym czasie rozwolnienie powstrzymać byliśmy w stanie.) *Dr. Kulakowski.*

Dr. Petri: **Przypadek zgorzeli umiarowéj.**

Autor opisuje ciekawy przypadek zgorzeli umiarowéj, jaką sam przebył w r. 1878. Bez wiadoméj przyczyny poczuł się nagle słabym, doznawał bólu głowy i począł dość silnie gorączkować. Śród objawów durzycowych stan ten utrzymywał się 12 dni. 13go dnia choroby pojawiły się dreszcze, a następnego dnia dostrzegł chory na symetrycznych częściach ciała, na czole i uszach, plamy krwawe wielkości centa, a znacznie większe wzdłuż obojczyków, na obydwóch mięśniach piersiowych, tudzież na barkach, gdzie plamy te były kilkanaście cm. szerokie, a do 30 cm. długie. Miejsca zajęte były z początku bardzo bolesne, następnie zupełnie bezczulne. Obrzęk odnóg górnych, wielkie poty, mierny obrzęk śledziony, ciągłe zaparcie stolca. W połowie 3go tygodnia powstał tak znaczny upadek sił, że już prawie zwątpiono o życiu chorego. W 3 i 4 tygodniu powstały pęcherze zgorzelinowe z treścią częścią jasną, częścią krwawą. Po oddaleniu części zgorzelinowych rany powoli się zabliźniały. Cała choroba trwała blisko 8 miesięcy. Śród przebiegu wystąpił nerwoból międzyżebrowy; paznogcie stały się nierówne, jakby sitkowate.

Zdaniem autora za cierpieniem nerwu spółczulnego przemawiają następujące względy: 1) umiarowość, 2) brak przyczyny zakaźnéj itp., 3) znana skłonność do osutek w przebiegu chorób ośrodkowego układu nerwowego, 4) nerwoból międzyżebrowy. Zgodnie ze zdaniem prof. Lewina autor cierpienie swe określa jako *Erythema exsudativum haemorrhagicum.* (*Berl. klin. Wochenschrift* 1879, 34). *Dr. Smoleński*

A. Adamkiewicz: **Irygator żołądkowy.**

W celu stósowania nieprzerywanego prądu cieczy na błonę śluzową żołądka, A. urządził przyrząd w zasadzie podobny do cewnika męcherzowego *à double courant.* Mianowicie zmodyfikował lewarek żołądkowy Leubego w ten sposób, że zgłębnik żołądkowy składa się z dwóch cew, umieszczonych jedna w drugiéj, z których każda opatrzona jest na końcu żołądkowym osobném okienkiem. Zewnętrzna, połączona za pomocą rury sprężnikowéj z naczyniem z wodą umieszczoném wysoko, doprowadza ciecz do żołądka; wewnętrzna zaś odprowadza ją z żołądka do podstawionego naczynia. Siłę prądu można miarkować za pomocą kurka na cewie doprowadzającéj umieszczonego, a ilość cieczy użytéj odczytuje się na podziałce, którą opatrzone jest naczynie. Autor, który przyrządu tego używał jedynie w celach doświadczalnych, poleca go również do stósowania środków leczniczych na błonę śluzową żołądka.

Ponieważ skutkiem połączenia dwóch cew każda z nich musi być stosunkowo wąską, przeto irygator Adamkiewicza nie może wcale zastąpić zwykłéj pompy żołądkowéj; przed użyciem irygatora trzeba poprzednio wydalić treść żo-

łądkową pompą lub lewarkiem. *(Berliner klin. Wochenschrift* 1879, Nr. 34.) *Dr. Smoleński.*

V. List z Turki.

Otrzymaliśmy następujące pismo, które jakkolwiek polemiczne, ale jako trzymające się ściśle w granicach naukowych, umieszczamy tém chętniéj, że takowe kładzie nacisk na potrzebę uwzględniania literatury, zwłaszcza swojskiéj, a więc zgadza się w téj mierze z zapatrywaniem naszém, przy innéj sposobności wypowiedzianém.

Szanowna Redakcyjo!

Prace Towarzystwa lekarskiego krakowskiego stanowiły zawsze dla mnie przedmiot żywego zajęcia pod względem naukowym, a i teraz, chociaż stanowisko obecne nie pozwala mi osobiście brać czynnego udziału w ożywionych rozprawach nad rozlicznemi przedmiotami z dziedziny całéj medycyny, nie przestaję śledzić omawiania kwestyj i postępu nauk lekarskich, którego odbicie stanowią sprawozdania z posiedzeń naszego towarzystwa.

Dlatego spodziewam się, że szan. Redakcyja raczy chętnie umieścić kilka tych uwag, jakie mi się nasunęły przy czytaniu rozprawy kolegi Glücka: „O przypadku pierzchnicy czerwonéj“, a to tém bardziéj, że przedmiot ten jako należący do zakresu dermatologii, na któréj polu kilka rozpraw pomniejszych skreśliłem, żywo mnie zainteresować musiał.

Rozprawkę powyższą wzbogacającą w ogóle kazuistykę rzadkiego cierpienia, jakiém jest niewątpliwie pierzchnica wypocinowa czerwona, odczytałem z przyjemnością, tém bardziéj, że autora początkującego na polu pismiennictwa lekarskiego odznacza ścisłość a nawet potrzebna w takich razach drobiazgowość. Bardzo słusznie uwydatnił autor spostrzeżenia kolegi Zarewicza, że grudki pierzchnicy czerwonéj do pewnego stopnia się powiększają, gdyż zrazu zaledwie dostrzegalne dochodzą następnie do wielkości główki szpilki i prosa, nie przekraczając jednakże téj ostatniéj już granicy; uwydatnienie zaś téj okoliczności było tém potrzebniejsze, o ile że w dziełach nawet nader obszernych i specyjalnie dermatologii poświęconych, jak w Hebry i Kaposiego *Hautkrankheiten, 2 Band, 2 Auflage 1876* uwzględnienia tego szczegółu nie znajdujemy. Gdyby jednak autor nie był się ograniczył do pobieżnego przeglądania literatury lekarskiéj, streszczonéj w dziele powyższém, ale opisując rzadki pod względem kazuistycznym przypadek był przejrzał roczniki tegoż samego „Przeglądu Lekarskiego“, w którym swą pracę umieścił, lub też zeszyty *Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis*, byłby niezawodnie wzbogacił swą cenną rozprawkę zapiskami pod względem piśmiennictwa lekarskiego i byłby znalazł potwierdzenie powyżéj słusznie uwydatnionych szczegółów. Na posiedzeniu bowiem Towarzystwa lekarskiego odbytém w dniu 15 grudnia 1875 r. przedstawiłem z kliniki prof. Rosnera również 40-letnią kobietę dotkniętą chorobą skórną, zwaną pierzchnicą wypocinową czerwoną, a następnie w Nrze 28 i 29 Przeglądu Lekarskiego z r. 1876 zamieściłem szczegółowy opis tego cierpienia wraz z wynikami własnych poszukiwań anatomicznych drobnowidowych. W ustępie zawierającym rozróżnienie choroby uwydatniłem również, że w przypadku opisanym znajdują się bardzo liczne guziczki, mniejsze od ziarnka prosowego, a należące do wcześniejszego rozwojowego okresu cierpienia. Gdyby był odczytał szczegóły zawarte w przytoczonéj rozprawie, byłby pewnie autor nie wspomniał: „że innych prac anatomicznych nad tym przedmiotem nie ma“, lecz byłby może za mym przykładem dokonał małéj wiwisekcyi i na wyciętym kawałeczku skóry rozpoczął badania drobnowidowe, a przezto w tym wyższym stopniu wzbogacił piśmiennictwo lekarskie posuwając o jeden krok naprzód rozwiązanie spornéj kwestyi anatomicznéj. Ponieważ przypadki pierzchnicy wypocinowéj czerwonéj są nader rzadkie w Wiedniu, tém bardziéj zaś w Krakowie, przeto tylko zbiorowa praca wyzyskująca wszechstronnie każdy pojedyńczy przypadek wątpliwości naukowe usunąć potrafi.

Uwagi terapeutyczne podane przez autora zasługują na baczne uwzględnienie.

W dyskusyi odbytéj nad rozprawką kol. Glücka dnia 5 lutego br. zwróciło moją uwagę twierdzenie jednego z kolegów, jakoby w moczu chorych, którym kwas arsenawy wewnętrznie podawano, nie można było wykryć obecności tego metalu. Pod tym względem również uczynić muszę uwagę, a to na podstawie rozbiorów chemicznych przedsiębranych wspólnie z kol. Aleksandrowiczem w pracowni prof. Stopczańskiego. Chora, którą w Grudniu 1875 Towarzystwu lekarskiemu przedstawiłem, wyżyła z powodu pierzchnicy wypocinowéj czerwonéj 4·32 grm. kwasu arsenawego i wzięła 70 kąpiel z 36 kilogramami węglanu sodowego, poczém dopiero zmiany chorobowe ustąpiły. Mocz tejże choréj badaliśmy kilkakrotnie na arsen i znaleźliśmy jego ślady w postaci t. zw. zwierciadła arsenowego, przechowanego zapewne jeszcze dotąd w rurkach znajdujących się w szafce w klinice prof. Rosnera, jako dodatek do historyi choroby powyżéj wspomnianéj choréj. Badania nasze potwierdza także Naunyn *(Intoxicationen, Ziemssens Handbuch,* 1876 Bd. XV.), który (na str. 339) podaje, że przetwory arsenowe dla tego nie wywierają działania zbiorowego *(cumulative Wirkung)*, ponieważ bardzo szybko z ustroju z moczem się wydzielają. Bergeron i Lemaitre (str. 345) również potwierdzają, że arsen z ustroju w przeciągu kilku tygodni zupełnie wydzielić się potrafi z moczem, żółcią, a może i z potem.

Pozostaję z poważaniem *Dr. Obtułowicz.*

Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego,**
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40.)

Pan K. obywatel z nad Dniepru, lat 46 wieku liczący, budowy ciała miernie silnéj, średnio odżywiony; skóra blado szarawa, czaszka dobrze rozwinięta i duża, rysy twarzy męzkie, usposobienie powolne ale wrażliwe, łatwo podpada wzruszeniom, doznawał często wzruszeń pognębiających i podrażniających, pochodzi z rodziny w któréj „nerwowość“ nie była rzadkiém zjawiskiem. W końcu lutego rb. wystąpiła *gonorrhea*, która po sześciu tygodniach skończyła się, natomiast około 9 kwietnia p. K. poczuł ciężkość w odnogach dolnych, potém w odnogach górnych i tułowiu; 16 kwietnia, gdy po raz pierwszy oglądałem chorego, porażenie odnóg dolnych, tułowia i odnóg górnych było znaczne i przeszło na mięśnie karkowe. Chory siedzi z głową na piersi bezwładnie opadłą, ręce obwisły na poręczach krzesła, tułów podparty, dźwignąć się niemoże o własnych siłach z krzesła ani stać na nogach i utrzymać równowagę. Położony do łóż-

ka nie może obrócić się około swéj osi podłużnéj ani podnieść głowę lub tułów. Gdy chce wziąść coś ze stolika, co po za ręką jego leży, stara się zbliżyć naprzód do brzegu łóżka za pomocą ruchów głowy w prawo i w lewo na poduszce wykonywanych, przyczém usiłuje dźwigać się na karku; za pomocą rzutów komplikowanych stara się zbliżyć rękę do ręki, uchwycić lewą prawą i téj pomagać za pomocą tamtéj, co mu się jednak bardzo rzadko udaje. Ręka prawa położona na stole może zaledwie utrzymać pióro i pisać mozolnie i niedokładnie. Biernie zgiętych w kolanach i biodrach odnóg dolnych wyprostować nie może, wyprostowanych niemoże zgiąć; niestawia też widocznego oporu biernemu zginaniu i prostowaniu odnóg górnych i dolnych. W odnogach górnych porażenie większe jest w mięśniach prostujących. Wyraz twarzy posępny, rysy fizyonomiczne, że się tak wyrażę, obwisłe; w ruchu powiek i gałek ocznych niema widocznego zboczenia; źrenice równe, oddziaływają jednako, chociaż nieco leniwiéj aniżeli u zdrowych; język, mięśnie podniebienia miękkiego i gardła działają prawidłowo, chory żuje i połyka dobrze tak płynne jak i stałe pokarmy. W mowie chorego wyraźna powolność, przystawanie i poprawianie się na poszczególnych wyrazach lub zgłoskach, lecz według jego własnego i krewnych podania ten rodzaj wymowy posiadał zawsze przedtém. Głos jego czysty i stosunkowo silny; oddychanie powolne, rozszerzenia klatki piersiowéj nie są wielkie i dzielne, przepona ustępuje i podnosi się dobrze. Brzuch nieco wydęty, nie widać na nim kształtów pochodzących od kurczenia się lub napinania mięśni brzusznych; chory oddaje i zatrzymuje mocz i kał prawidłowo. Opukanie okolic serca wykazało małe powiększenie jego poprzecznych wymiarów w stronie komórki prawéj; uderzenia serca i tony sercowe słabe ale czyste. Tętnice szyjne i sprychowe miękkie, mało napełnione, fala tętna słabo powstaje i znika powoli lecz jednostajnie, przy nacisku tętno znika z pod palców dość łatwo, częstość tętna około 60 do 70 uderzeń. Ciepłota dochodzi do normalnéj, w ogóle o parę dziesiętnych obniżona. Skóra blada, wiotka, niesucha, ale też n i e p o c i s i ę nawet przy dobrém okryciu i mimo używania podniet naczyniowych. W płucach szmery wdechowe przy jawnym odgłosie nieco osłabione, ale wyraźne. Wielkość i położenie wątroby i śledziony nieprzedstawia żadnéj zmiany. W okrężnéj częściowe nagromadzenie kału.

Chory ma mieć oddawna wzrok słaby i ściemnienie pola widzenia; czyta i pisze za pomocą szkieł powiększających; słyszy dobrze; smak i powonienie niezmienione. Czucie dotykowe skóry, w każdym względzie badane, daje tylko wynik ujemny; czucie zadrażnień bolesnych zwiększone; nadto w zakresie obydwu nerwów łokciowych na rękach: mrowienie, trętwienie i stępienie czucia dotykowego, a raczéj jego zwyrodnienie.

Pobudliwość mięśniowa na zadrażnienie mechaniczne bardzo mała; odruchów niemożna wywołać ani przez zadrażnienie skóry ani też ścięgien; czucie położenia odnóg, czucie stawów zachowane.

Na prąd indukcyjny słaby wiele mięśni odnóg dolnych nieoddziaływa; oddziaływanie na prąd galwaniczny jest słabe, lecz niema zmiany w prawidłach skurczów mięśniowych, niema oddziaływania wyrodnego. Umysł prawidłowy. Sam stos kręgowy w ogóle i kręgi jego poszczególne żadnéj zmiany ani bolesności nieprzedstawiają.

Wywód badania wykazał więc obecność porażenia lub wysokiego ubezwładnienia prawie wszystkich mięśni dowolnych, które otrzymują swoje nerwy ruchowe z przedowéj istoty szaréj rdzenia kręgowego. Mięśnie zaś dowolne, które otrzymują swoje nerwy ruchowe z odpowiednich części mózgowia, działają prawidłowo; ani męcherz, ani źrenice, ani zwieracze nie są porażone. W zakresie czucia bardzo nieznaczne zmiany, bo tylko w zakresie nerwów łokciowych. Czynności oddechowe odbywają się, chociaż ich dzielność może nie jest taka, jak za czasów zdrowia. Co się tyczy systemu tętniczego, zdaje się, jak gdyby skurczenia się i rozszerzenia ścian tętniczych były słabsze i powolniejsze; (żałuję, że nie zdjąłem kresek tętna stigmografem, lecz nie miałem wówczas zamiaru pisać o tym przypadku). Poty były widocznie przytłumione po obu stronach ciała i dopiero w rekonwalescencyi wystąpiły.

Obraz tego porażenia jasno wykazuje, że jest tylko rdzeniowém, że odnosi się do rogów przodowych szaréj istoty rdzenia kręgowego, a nie do przewodników ruchowych tego ośrodka, gdyż brak odruchów istnieje i pewna zależność od woli mózgowéj, która przebija się w niedowładnych i bezwładnych usiłowaniach ruchowych. Choroba ogranicza się do przodowych rogów szaréj istoty rdzenia, gdyż ani czucie, ani poruszenia męcherza nie są upośledzone; rozciąga się jednak przez całą kolumnę tych rogów i po obu stronach, gdyż odnogi dolne, górne i mięśnie stosu kręgowego w ogóle są niedowładne, a względnie porażone.

Choroba poczęła się od odnóg dolnych i w p r z e c i ą g u j e d n e g o t y g o d n i a rozciągnęła się, a raczéj posunęła w górę i doszła aż do mięśni karkowych; jest więc postępującą i wstępującą bardzo raźnie, powstała zaś nagle; jest to więc porażenie rdzeniowe postępujące ostre przodkowe i odpowiada obrazowi porażeń podobnych, opisanych pod nazwą *Paralysis ascendens acuta*, *paralysie ascendante aiguë*, najprzód przez Landryego w r. 1859 w „*Gazette hebdomadaire*,“ a następnie przez wielu innych. Dokładny opis téj choroby znajdzie czytelnik w tomie XI, 2giéj części zbiorowego dzieła Ziemssena.

Nie wdając się na tém miejscu w rozróżnienie téj choroby od innych, ani też w domysły co do jéj przyczyn, wspomnę jeszcze tyle, że dalszy przebieg stwierdził rozpoznanie powyższe, i że chory przy energicznéj i mozolnéj terapii w przeciągu trzech tygodni wyzdrowiał zupełnie. Rozchodzi mi się jednak głównie to, że porażenie w mowie będące, które ze wszystkiego, co o niém wiem, do porażeń Landryego zaliczone być musi, nie może być zaliczone, jak chce Charcot, do jego *poliomyelitis systematica anterior*, a to głównie dlatego, że w całym tym obrazie nie masz ś l a d ó w z a p a l e n i a, a co więcéj niema śladów p r z e k r w i e n i a t ę t n i c z e g o i p o d r a ż n i e n i a, jakie zapaleniom ostrym towarzyszy. Przypadek porażenia rdzeniowego w mowie będący przedstawia mi się raczéj jakoby ostry p r z y p a d e k o p u c h l i n y r o g ó w p r z o d o w y c h s z a r é j i s t o t y, pochodzącéj może ze zwiększonego ucisku śródżylnego, może z zastoin krwi żylnéj w téj części rdzenia, albo ze skurczu tętniczek i pomniejszonego dowozu krwi tętniczéj i miejscowéj niedokrewności.

Wiadomo nam, że nerwy naczynioruchowe mają związek z nerwami czuciowemi i ruchowemi; że zadrażnienia pewne narzędzi np. płciowych i moczowych wywołuje niekiedy tak zwane porażenia odruchowe; otóż zdaje mi się, że w tym kierunku uważać należy za cechę patologiczną niektórych przynajmniéj przypadków (jak np. mojego) porażenie ostre postępujące i wstępujące. Słusznie też Charcot w swo-

im wykładzie przyznaje, że zaliczanie porażeń Landryego do *poliomyelitis systematica anterior* jest tylko tymczasowe, zanim charakter anatomiczny téj mało znanéj i nadzwyczaj rzadkiéj choroby nie wyjaśni się lepiéj niż dotąd.

Wykłady Charcota odznaczają się wielką jasnością, prostotą i ścisłością; unika on tak ulubionego przez francuzów wielomówstwa, które jak dowcipne bawić może, tak doktrynerskie nudzi i niczego nie uczy. Organa mowy jego wydają głos czysty, wymowę wyraźną i przyjemną. Treść wykładów o chorobach rdzenia kręgowego niczém się nie rózni od jego książki, w któréj o tych pisze chorobach.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Sprawa utworzenia we Lwowie zakładu weterynarskiego tak znacznie postąpiła naprzód, że już wątpić nie można, iż przy należytém poparciu ze strony Delegacyi kraj nasz uzyska niezadługo tak potrzebny i długo oczekiwany zakład, urządzony według potrzeb tegoczesnych. Dowiadujemy się bowiem z pewnego źródła, że z polecenia Ministerstwa oświaty jeździł do Lwowa prof. Röll, aby przekonać się, czy gmach na pomieszczenie szkoły weterynarskiéj przeznaczony odpowiada temu celowi, a znawca ten uznał gmach za odpowiedni. Zamiarem Ministerstwa jest utworzyć we Lwowie następujące posady przy szkole weterynarskiéj: 1) posadę profesora kliniki chorób wewnętrznych i zewnętrznych, 2) profesora anatomii opisowéj i patologicznéj, 3) profesora fizyjologii i hodowli zwierząt, 4) adjunkta do nauk pobocznych, 5) nauczyciela kucia koni, 6) dwóch asystentów, 7) trzech czeladników kucia koni i 8) rządcy domu. Nadto profesorowie chemii, botaniki i fizyki na Uniw. lwowskim wykładać będą za renumeracyją przedmioty swe w szkole weterynarskiéj. Profesorowie zakładu otrzymają rangę i płacę profesorów zwyczajnych Uniwersytetu (1800 zła. oraz 480 zła dodatku aktywalnego i kwinkwenia), adjunkt i nauczyciel mieć będą płacę po 1000 zła. i 300 zła. dodatku. Profesor kliniki będzie zarazem dyrektorem zakładu i pobierać będzie 400 zła. za czynności biórowe oraz ryczałt 700 zla. na wydatki kancelaryjne; nadto tak dyrektor, jakoteż adjunkt i rządca mieszkać będą w zakładzie. Na urządzenie 3 muzeów Rząd wyznacza sumę 15000 zła. oraz 1500 zła. dotacyi rocznéj, budżet zaś całego zakładu wynosić ma 18000 zła. rocznie.

Rozchodziło się tylko Ministerstwu o to, czy posiadamy siły odpowiednie naukowe do kierowania takim zakładem i utrzymania go na wysokości obecnego stanowiska nauki. Otóż dowiadujemy się, że na zapytanie w téj mierze wystósowane przez Ministerstwo oświaty Namiestnictwo odpowiedziało stanowczo i twierdząco, wykazując, że siły odpowiednie znajdują się bądź w kraju, bądź w monarchii, bądź wreszcie zagranicą i że uda się siły te rozprószone skupić we Lwowie; w interesie zaś powodzenia przyszłego zakładu Namiestnictwo już zawczasu zwróciło uwagę Ministerstwa, że wypadałoby przyjmowanie uczniów do zakładu uczynić zależném nie od świadectwa ukończonych 4ch klas gimnazyjalnych, lecz od ukończenia całego gimnazyjum lub przynajmniéj klasy 6téj, ponieważ uczeń, który ukończył tylko 4tą klasę, nie jest jeszcze o tyle rozwinięty, aby mógł pojmować wykłady o fizyjologii i anatomii; gdyby zaś brakowi temu chciało się zaradzić w ten sposób, jak się to dzieje gdzieindziéj, aby przyjmowano tylko takich uczniów, którzy ukończyli 4tą klasę i mają przynajmniéj lat 16, to znaczyłoby to tyle, że uczeń po ukończeniu niższego gimnazyjum może przez rok lub 2 lata odpocząć na swoich wawrzynach, i nic nie robić, zanim wstąpi do zakładu.

Namiestnictwu naszemu należy się prawdziwa wdzięczność za takie załatwienie sprawy tak ważnéj i piekącéj, a jeżeli uczyniło zadosyć wezwaniu Ministerstwa, aby wyraźnie wymieniło siły naukowe, na któreby liczyć można, to nie wątpimy, że zwróciło uwagę przedewszystkiém na doświadczonego weterynarza, który już niejednym kierował zakładem, i napisał książkę obszerną, a obecnie działa w wielkiéj od nas odległości, — oraz na młodego anatoma, śród nas pracującego, który niedawno powrócił z podróży naukowéj, — a wreszcie, że wskazało i na inne siły we Wiedniu, w Krakowie i w ogóle w Galicyi się znajdujące. Spodziewamy się, że Ministerstwo przekonawszy się, że nie brak nam sił naukowych, zechce przyspieszyć utworzenie zakładu we Lwowie.

Statystyka epidemij. Ospa w Londynie utrzymywała się w tygodniu 38 w jednakowym stopniu. Umarło 2, leczyło się w szpitalu 56, zapadło świeżo 7. W innych miastach umierało stosunkowo nieco więcéj, w Brukseli 2, w Budapeszcie 3, w Bukareszcie 6, w Petersburgu 8, w Paryżu 16, w Barcelonie 4, w innych kilku miastach po 1. Z duru osutkowego umarło w Londynie 3, w Petersburgu 2, w Tryjeście 1. Płonica nie złagodniała w Bukareszcie i Londynie. Z dławca umarło w Odesie 14.

W tygodniu 40 umarły w Krakowie 4 osoby z chorób zakaźnych: 2 z ospy nieszczepione (w ul. Łobzowskiéj L. 99 i w szpitalu) i 2 z dławca (w ul. św. Jana L. 290 i w ul. Stolarskiej L. 475), a doniesiono: o 4 przypadkach ospy (2 w Rynku L. 50, z ul. Pawiéj L. 161 i z Rynku L. 49), 2 duru brzusznego (z ul. Józefa L. 226 i L. 228).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 39 umarło w Krakowie osób 25; roczna śmiertelność na 1.000 mieszkańców wynosiła 23,0; we Lwowie 28,2; w Warszawie 30,5; w Poznaniu 23,4; w Wiedniu 20,8; w Budapeszcie 34,2; w Pradze 27,2; w Berlinie 26,4; w Hamburgu 26,3; w Wrocławiu 31,6; w Monachijum 37,1; w Dreznie 20,8; w Lipsku 16,8; w Bazylei 28,0; w Brukseli 21,0; w Paryżu 24,2; w Londynie 17·2; w Kopenhadze 26,6; w Chrystyjanii 13,8; w Petersburgu 33,3; w Odessie 39,8; w Bukareszcie 30,4. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

(Śc.) **Kraków**, d. 9 października. Przy uroczystém doręczaniu darów I. J. Kraszewskiemu w d. 3 b. m. w nowo odrestaurowanych Sukiennicach i nasze Towarzystwo lekarskie wzięło udział w delegacyi, reprezentującéj stan lekarski w ogóle. Delegacyję, która ofiarowała Jubilatowi ozdobny adres opatrzony podpisami ośmiuset przeszło lekarzy, składali: prócz Dra Henryka Dobrzyckiego z Mieni, który pierwszy rzucił myśl uczczenia w ten sposób zasłużonego naszego pisarza, Dr. Konrad Dobrski, Dr. Witold Jodko i Dr. Jan Kwaśnicki z Warszawy, Dr. Gustaw Lewandowski z Wilna, Dr. Alfred Biesiadecki ze Lwowa, oraz z Tow. lek. krakowskiego prezes Dr. Sciborowski, wiceprezes Dr. Zarewicz i sekretarz stały Dr. Pareński. W imieniu delegacyi przemówił krótko lecz treściwie protomedyk Dr. Biesiadecki. Adres sam w formacie sporego arkusza na pergaminie jest owocem kilkumiesięcznéj benedyktyńskiéj prawdziwie pracy kol. Dra J. Peszkego; napisany jest literami gotyckiemi użytemi przy drukowaniu Statutu wiślickiego, z inicyjałami oraz obwódkami ozdobnemi, używanemi w psałterzach i innych rękopismach średniowiecznych, kolorowanemi i złoconemi; ozdoby te na każdéj stronnicy są odmienne. Podpisy lekarzy są symetrycznie naklejone na osobnych kartkach po kilkadziesiąt na każdéj stronnicy. Adres ten wraz z podpisami mieści się w przepysznéj oprawie z amarantowego aksamitu, któréj obie strony objęte są szeroką ramą srebrną wyzłacaną, z napisem „I. J. Kraszewskiemu polscy lekarze,“ prócz tego po rogach są stósowne godła a w środku monogram. Całość włożona w szkatułę z czarnéj gruszy naśladującéj heban, wyłożoną niebieską morą jedwabną i zamykaną na klamrę z złoconego bronzu; takiż duży pięknie ułożony monogram zdobi wierzch szkatuły. Śmiało można powiedzieć, że adres lekarzy pod względem artystycznym należy do najpiękniejszych darów zasłużonemu Jubilatowi złożonych i na zawsze pozostanie dowodem wdzięczności i poczucia obywatelskiego lekarzy polskich dla prawdziwéj zasługi.

* Jeszcze nie ukończono w szpitalach wiedeńskich doświadczeń kontrolujących nad działaniem będźwinianu sodowego w gruźlicy płucnéj, a już pokazuje się, że klinice prof. Rokitańskiego w Insbruku nawet nie należy się zasługa zwrócenia uwagi na ten sposób leczenia. Dr. Maks. Schüller bowiem, docent w Gryfii, ogłasza w pismach lek. wiedeńskich, że on

już dawniéj czyniąc doświadczenia na zwierzętach nad zapaleniem stawów zołzowém i gruźliczém stósował pierwszy u zwierząt będźwinian sodowy. Prace odnośne ogłosił w *Centralbl. f. Chirurgie* (1878. Nr. 43 i 1879, Nr. 19), w archiwie *f. experim. Pathologie* 1878 Nr. 11 pióra Dra Reinstädtera; następnie wyłożył rzecz w towarzystwie lekarskiém w Gryfii w d. 8 lutego rb. a wykład ten ogłoszony został w *Archiv f. experiment. Pathol.* T. 11, 102, str. 84, a ponownie w *Wiener med. Blätter* Nr. 40. Dr. Kroczak ogłasza teraz bliższe szczegóły postępowania, dotąd w tajemnicy utrzymane. (w *W. med. Woch.* Nr. 40), które polega na tém, że chory wziewa za pomocą przyrządu Sieglego przez 7 tygodni rano i wieczór 5% rozczyn bedźwinianu sodowego w stósunku jak 1 na 1000 ciężaru ciała. Otóż w wykładzie Schüllera (*W. med. Blätter* Nr. 40) nawet i ten stósunek jest podany dosłownie. Dziwnym zaprawdę zbiegiem okoliczności dwa pisma wiedeńskie, zapewne mimowolnie, urządzają konfrontacyję autorów!

* W Cieplicach czeskich do d. 4go bm. bawiło gości 12396.

* **Nekrologija**. Dn. 28 września umarł we Wiedniu radzca dworu Dr. Edward Fenzl, b. profesor botaniki i członek akademii w 72 roku życia. — W Kairze, w Egipcie, umarł chirurg Dr. Sachs-bey w 47 roku życia, b. asystent Middeldorpffa i lekarz przyboczny b. wicekróla egipskiego. Napisał on piękną rozprawę o ropniach wątroby, chorobie w Egipcie bardzo częstéj.

* **Konkurs**. Opróżnioną jest posada asystenta przy katedrze fizyjologii w Uniw. Jagiell. Podania o tę posadę wnieść należy do d. 31 bm. na ręce Dziekana Wydziału lek.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 19: Lutostańskiego: O ścianach i wyprawie tychże ze stanowiska zdrowotnego; Janikowskiego: Śmierć przypadkowa z utonienia. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 13 i 14: Dogiela: Poszukiwania farmakologiczne (c. d.); Niewodniczańskiego: Przyczynek do leczenia róży; śp. Kochańskiego: Urządzenia odnoszące się do grzebania ciał zmarłych (dok.). — W *Medycynie* Nr. 40: Kośmińskiego: Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyję, akomodacyję i ostrość widzenia; Rzadkowskiego: Epidemija zapalenia osłon mózgo-rdzeniowych w m. Proszowicach.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 15 października posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Smoleński poda uwagi o zapaleniu płuc podług spostrzeżeń zebranych w ciągu 4 lat ubiegłych w klinice lekarskiéj prof. Korczyńskiego; 2) kol. Zarewicz odczyta rzecz Dra Glücka o nowym sposobie leczenia dymienic ostrych (z odd. chorób syfilitycznych Dra Zarewicza).

Komisyja do popierania przemysłu krajowego w zastósowaniu do celów leczniczych odbędzie posiedzenie w Poniedziałek d. 13 października o godz. 5 po południu. Koledzy, którzy otrzymali nadesłane przetwory do ocenienia, zdadzą sprawę o wartości tychże, o czém na posiedzeniu we Środę dn. 15 paźdz. Towarzystwo lekarskie będzie zawiadomioném.

W Sobotę dnia 18 października o godz. 5 po południu odbędzie się w sali Akademii Umiej. Zgromadzenie ogólne Członków Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich, na które szan. Członków uprzejmie zapraszam.

Prof. Dr. Korczyński,
Prezes Stow. wyd.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

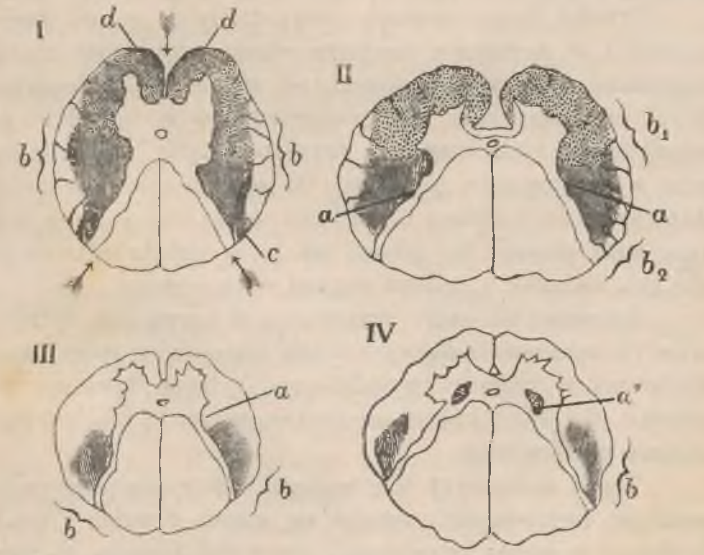
Kraków, 18 października 1879. № 42. Rok XVIII.

I. Przypadek amyotroficznego porażenia opuszkowego ze zwyrodnieniem dróg piramidalnych.

Skreślił Dr. A. Adamkiewicz,
Docent prywatny Uniwersytetu i starszy lekarz szpitala Charité w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Dlatego też kanał środkowy, w prawidłowym rdzeniu przez środek poprzecznego przecięcia przebiegający, na naszych preparatach jest znacznie ku przodowi wysunięty. W całéj części szyjnéj i piersiowéj rdzenia (fig. I, II, III, IV) zbliżony jest ku przedniemu tegoż brzegowi, prawie



więcéj niż o połowę oddalenia swego od tylnego brzegu rdzenia. Z nim też i cała istota szara wypchniętą jest ku przodowi dosięgając swemi przedniemi rogami, szczególniej w górnéj części szyjnéj, prawie samego brzegu istoty białéj. Wyobraźmy sobie poprzeczne przecięcie górnéj szyjnéj części rdzenia podzielone na 3 części linijami od kanału środkowego wychodzącemi w ten sposób, że jedna z nich z przecięciem poprzecznem przedniéj bruzdki podłużnéj się schodzi, a dwie drugie w kierunku przebiegu tylnych rogów biegną (jak wskazują strzałki na fig. I), otrzymamy wtedy podział przecięcia na trzy równe pola: z tych same postronki tylne będą zajmować całe jedno pole, zatém 3cią część płaszczyzny całego przekroju poprzecznego. W zgrubieniu szyjném rdzenia (fig. II) przestrzeń przez nie zajmowana jest jeszcze większą; przecięcie poprzeczne jednego postronka tylnego równa się tutaj obszarowi zajmowanemu przez resztę istoty białéj i szaréj jednéj połowy rdzenia pacierzowego: na oba postronki tylne zatém razem wzięte przypada więcéj niż połowa przekroju poprzecznego rdzenia pacierzowego.

Rażący ten niestosunek, jak się późniéj dowiemy, należy odnieść do znaczego zaniku bocznych postronków w szyjném zgrubieniu rdzenia. Zanik ten jest również przyczyną, że w mowie będąca część rdzenia także i co do kształtu od prawidłowego rdzenia się różni; przedstawia bowiem na przekroju poprzecznym płaszczyznę kolistą zamiast zwykłéj poprzecznie owalnéj (fig. II).

W części grzbietowéj rdzenia (fig. III) uszczupla się stopniowo przestrzeń tylnemi postronkami zajęta do trzeciéj części płaszczyzny przekroju poprzecznego; ztąd ku dołowi znów wzrasta tak, iż na granicy części grzbietowéj i lędźwiowéj rdzenia (fig. IV) jeszcze wybitniéj niż w zgrubieniu szyjném **większą połowę** płaszczyzny przekroju zajmuje. Niżéj w części lędźwiowéj (fig. V) rozmiary przekroju poprzecznego postronków tylnych znowu maleją, zbliżając się do rozmiarów prawidłowych, ztąd też kanał środkowy więcéj się zbliża do środka geometrycznego,



istota zaś postronków przednich wciska się ku tyłowi, niedosięgając jednak już nigdzie prawidłowéj objętości. To samo zdaje się dotyczy i postronków bocznych rdzenia lędźwiowego, o ile to z porównania przekroju rdzenia zdrowego w téj saméj wysokości uskutecznionego ocenić można; na obu bowiem preparatach tylko oba postronki tylne mają równe sobie objętości, prze-

dnie zaś i boczne chorego rdzenia w części lędźwiowéj o wiele są szczuplejszemi niż w rdzeniu zdrowym. Przy badaniu drobnowidowém tylnych postronków rdzenia pacierzowego nie wykryłem żadnych zmian chorobowych w utkaniu tychże. Wydawało mi się wprawdzie, iż podścielisko łączno-tkankowe wśród pierwocin nerwowych było nieco bujniéj rozwinięte, niż w przekrojach pochodzących z rdzenia prawidłowego, które równocześnie dla porównania uskuteczniałem, jednak nie czułem się uprawnionym uważać tę nieco znaczniejszą obfitość neurolii za coś chorobowego. Włókna nerwowe okazały się na przekrojach w różnéj wysokości rdzenia wykonywanych wszędzie zupełnie prawidłowe; podścielisko łączno-tkankowe również nie przedstawiało nigdzie zmian chorobowych.

Zważywszy tedy, że postronki tylne części szyjnéj i piersiowéj rdzenia, mimo zupełnie prawidłowego utkania przecież bardzo znacznie przewyższają co do objętości postronki tylne w rdzeniu lędźwiowym, i że dopiero od rdzenia lędźwiowego począwszy do prawidłowéj wielkości się zbliżają, musimy chyba przyjść do wniosku, że mamy przed sobą przypadek prawdziwego rozrostu postronków tylnych w części szyjnéj i piersiowéj rdzenia.

Pomimo tego rozrostu postronków tylnych obwód całego przecięcia poprzecznego w części szyjnéj i piersiowéj rdzenia nie był nigdzie powiększony, nawet w zgrubieniu szyjném rdzenia pomniejszony. Ztąd wynika, że w części rdzenia szyjnéj i piersiowéj reszta przekroju po odjęciu przestrzeni zajmowanéj przez tylne postronki, musi być siedzibą innych wprost przeciwnych zmian prowadzących do zmniejszenia objętości.

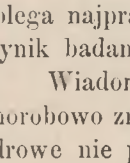
Wspomniałem już powyżéj, że to zmniejszenie objętości polega najprawdopodobniéj na zaniku pierwocin nerwowych; wynik badania drobnowidowego najlepiéj to wykaże:

Wiadomo, że pochewki rdzenne *(neurilemma)* nerwów chorobowo zmienionych barwią się karminem, któréj własności zdrowe nie posiadają; wiemy też, że pochewki rdzenne takich nerwów w końcu zanikają przeistaczając się w tkankę łączną, którą tak po budowie jak i własności łatwego barwienia się karminem nietrudno rozpoznać.

Okazy drobnowidowe z rdzenia naszéj choréj karminem zabarwione, przedstawiają rzeczywiście znaczny zanik włókien nerwowych na obszarze przednich i bocznych postronków, i odpowiednio temu dosyć znaczny przerost i rozrost tkanki łącznéj. Rozległość i kształt zabarwienia karminem zgadza się zupełnie ze stopniem przerostu tkanki łącznéj.

Z tych okazów dowiadujemy się również, że zwyrodnienie zajmuje dwa co do wielkości i kształtu bezwzględnie równe pola, dokładnie symetrycznie rozłożone w obu połowach rdzenia na przestrzeni postronków przednich i bocznych (fig. I do V), daléj przekonywamy się, że zwyrodnienie to aż do stożka rdzeniowego *(Conus medullaris)* dochodzi, (fig. VI) zmniejszając swą objętość w miarę zbliżania się do tegoż. Ta bezwzględna umiarowość wykazać się daje w całym przebiegu zwyrodnienia i ona właśnie nadaje całemu obrazowi zwyrodnienia właściwą cechę, którą też Charcot *(Leçons sur les maladies du système nerveux. Paris 1872*, str. 229.) oznaczeniem tej choroby: *„Sclérose latérale symmétrique“* nie bez podstawy uwydatnił.

VI



W części szyjnéj rdzenia, gdzie zwyrodnienie największy obszar zajmuje (fig. I i III), można na téj przestrzeni wedle stopnia zaniku rozróżnić dwa dokładnie odosobnione wycinki. Pierwszy więcéj zwyrodniały znajduje się w tylnéj części bocznych postronków, drugi mniéj zwyrodniony zaś w postronkach przednich i w części przedniéj postronków bocznych. Tylko wązki rąbek postronków przednich w górnéj szyjnéj części rdzenia wyraźniéj się uwydatnia od reszty przednich postronków mniéj zmienionych, silniejszem zwyrodnieniem, równorzędnem zmianie chorobowéj postronków bocznych tylnych.

Przecięcie poprzeczne znaczniéj zwyrodniałéj części w postronkach bocznych tylnych ma kształt prawie regularnie trójkątny, który wzdłuż całéj długości rdzenia zachowuje. Mniéj chorobowo zajęta część ma na przecięciu rozlane kontury, dochodzi tylko do rdzenia piersiowego, rozprzestrzeniając się na pozostałéj reszcie postronków bocznych i na wiązkach postronkowych przednich Flechsiga, także pasem zasadniczym *(Zones radiculaires)* przez Charcota nazwanych.

Przestrzeń zajmowana przez pierwszy z wyżéj wymienionych obszarów zwyrodniałych, mająca w całości kształt stożka wierzchołkiem ku dołowi zwróconego, przytyka w górnéj części szyjnéj rdzenia swym najdłuższym bokiem bezpośrednio do całego zewnętrznego brzegu tylnego rogu odpowiedniéj strony (fig. I).

Nieco niżéj w zgrubieniu szyjném rdzenia widać owalne luki wypełnione podłużnemi wiązkami utrzymanych jeszcze włókien nerwowych, wciskające się między rogi tylne a części zwyrodniałe. (Boczna warstwa graniczna szaréj istoty Flechsiga *Ueber System-Erkrankungen im Rueckenmark.* Zeszyt I, tabl. IX, fig. I i II i tabl. X. G i pr.) Ku dołowi powiększa się ilość tych włókien, zrazu w kierunku ku trzonowi szaréj istoty (fig. III), następnie zaś w kierunku ku istocie galaretowatéj *(Substantia gelatinosa)* rogów tylnych, gdzie takowe tworzą warstwę oddzielającą dokładnie dział zwyrodniony od tylnych rogów w dolnéj części piersiowéj i całéj części lędźwiowéj rdzenia (fig. IV i V). Przedział ten ginie dopiero w stożku rdzeniowym *(Conus medullaris)* (fig. VI).

Przedni brzeg znacznie zwyrodniały w górnéj części szyjnéj i w zgrubieniu szyjném rdzenia wyraźniéj można rozpoznać okiem nieuzbrojoném, niż za pomocą drobnowidu. Brzeg ten odpowiada linii pociągniętéj w myśli od trzona szaréj istoty na zewnątrz, a przepoławiającéj postronki boczne w płaszczyznie pionowéj. Od rdzenia piersiowego jednak ku dołowi zwraca się ta linija swym zewnętrznym końcem coraz skośniéj ku tyłowi, tak że w rdzeniu lędźwiowym dosięga kierunku z tylnemi rogami równoległego.

Zupełnie tak samo przebiegają w zgrubieniu lędźwiowém *(Lendenanschwellung)* i stożku rdzeniowym pasma tkanki łącznéj w miejscu zwyrodnionego tylnego bocznego postronka (fig. VI) i kończą się dopiero na wolnym brzegu rdzenia pacierzowego.

Trzeci zewnętrzny bok trójkąta, odpowiadającego części znacznie zwyrodniałéj, schodzi się zatém również z tymże brzegiem w części lędźwiowéj i krzyżowéj rdzenia. Począwszy jednak od dolnéj części piersiowéj wsuwa się między oba, tj. między bok zewnętrzny powierzchni trójkątnéj a brzeg przedni rdzenia, pasmo prawidłowéj tkanki nerwowéj (fig. IV *b*), która ku górze wzrasta (fig. III *b*), w zgrubieniu szyjném zwyrodnioną tkaninę na dwie części dzieli (fig. II b_1 i b_2) a kończy się w górnéj części rdzenia szyjnego

w kształcie wielkiego pola eliptycznego (fig. I b_1). To pole prawidłową tkanką zajęte nie dosięga z tyłu w zupełności szarych rogów tylnych, jak to ma miejsce o wiele niżéj pod zgrubieniem szyjném, lecz oddzielone jest od rogów tylnych w okolicy istoty galaretowatéj jeszcze dosyć szerokim paskiem zwyrodnionéj tkanki (fig. I *c*.). Ku przodowi rozpościera się to pole tkanki nienaruszonéj po obszarze reszty bocznych postronków.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Wyczekiwanie jako sposób leczenia kiły.

Napisał Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

(Ciąg dalszy i Dokończenie. Patrz Nr. 41.)

Zasadą, na któréj się zwolennicy wyczekiwania opierają, jest doświadczenie kliniczne, które poucza, że bieg kiły bywa bardzo rozmaity. Niekiedy objawy ogólne kiły, mimo że nie używano żadnych środków przeciwkiłowych, bywają tak słabe, że bez leczenia szybko, a nawet na zawsze ustępują, czasem zaś objawy choroby ciągle się potęgują i stają się bardzo groźnemi. Diday na téj podstawie podzielił kiłę, jak poprzednio wspomniałem, na ustępującą i potęgującą się, a zwolennicy leczenia wyczekującego żądają słusznie na pozór, aby unikano ogólnego leczenia w kile słabnącéj. Żądanie to jest dlatego tylko pozornie słuszne, bo nigdy przepowiedzieć nie można, czy objawy ogólne kiły będą groźne, lub też słabe. Wprawdzie czasem się zdarza, że po słabych objawach pierwotnéj kiły bywają również lekkie i niegroźne zmiany kiły następowéj, ale taki stosunek nie jest prawidłem. Niektórzy autorowie podawali nawet znamiona słabnącéj kiły i twierdzili, że ona wówczas występuje, gdy pierwotny objaw kiły pochodzi z objawów kiły wczesnéj i okazuje się w postaci powierzchownego nadżerka, lekko u podstawy naciekłego, gdy następowe objawy ogólnego zakażenia są dobrotliwe, a postać nawrotów chorobowych łagodna, wreszcie, gdy nawroty nie szybko po sobie następują. Przeciwnie należy się spodziewać kiły o groźnych objawach, gdy pierwotny objaw kiły pochodzi z szankra twardego, mocno wrzodzieje i tworzy znaczne stwardnienie, gdy wreszcie wysypki są wilgotne czyli wrzodzące, a nawroty chorobowe w krótkich odstępach czasu się okazują. Nie podobna zaprzeczyć, że w wyjątkowych razach jest możliwą przepowiednia co do przebiegu kiły, ale najczęściéj wyszczególnione znamiona zawodzą, a przepowiednia na nich oparta byłaby nieprawdziwą. Na poparcie tego możnaby przytoczyć wiele szczegółowo obserwowanych przypadków, z których bardzo pouczający, jaki sam spostrzegałem, opowiem.

N. N. lat 21, dobrze zbudowany i odżywiony, pochodzi z rodziny, w któréj zołzy są prawdopodobnie dziedziczne. Pacyjent bez objawów widocznego zakażenia zołzowego zawsze zdrów, spółkował w r. 1878 w styczniu, a mianowicie w drugiéj połowie t. m. 10/2 zgłosił się do mnie z bardzo powierzchownym nadżerkiem na wewnętrznéj powierzchni napletka po stronie prawéj prącia. Gruczoły pachwinowe nie były wcale zajęte, a rozpoznanie jakości nadżerka niemożliwe; wypytując się szczegółowo o powstanie owrzodzenia dowiedziałem się, że zbadanie źródła choroby jest możliwém; konfrontacyja przekonała mnie, że źródłem owrzodzenia pacyjenta były szyszkowiny płaskie, znajdujące się na wewnętrznéj powierzchni warg mniejszych. Powierzchowny nadżerek, który miałem prawo uważać odtąd za pierwotny objaw kiły, bardzo zachęcał mnie do wycięcia, które jak wiadomo często obecnie jest używane. Przy pomocy kol. Dra K. wyciąłem 13/2 owrzodzenie, a rana powstała przez wycięcie zagoiła się przez zrost *(prima intentio)* zostawiając zaledwie ślad linearny; o zajęciu gruczołów pachwinowych nie było mowy. Drugi tydzień po wycięciu dobiegał do kresu, gdy chory zapytał mnie się, czego ma się spodziewać. Opierając się na braku wszelkiego stwardnienia w miejscu pierwotnego a wyciętego objawu kiły i na niezajęciu gruczołów pachwinowych, a wreszcie na zródle, z którego jad pochodził, rokowałem bardzo pomyślnie. Niestety nie długo potrzebowałem czekać, aby przekonać się o wielkiéj pomyłce. Przywołany 7/4 znalazłem szyszkowinę płaską wielkości soczewicy, mało wyniosłą nad powierzchnię skóry przedniéj części moszen. I teraz jeszcze nie były gruczoły nigdzie zajęte; jedyna szyszkowina zdawała się potwierdzać moje rokowanie; dalszy jednak przebieg zupełnie zawiódł moje oczekiwania. Już bowiem 16/4 spostrzegłem na ciele wysypkę grudkową bardzo obfitą, która w kilku dniach przeobraziła się na trądzik, a obok tego guz bolesny nie ściśle ograniczony w mięśniach *fasc. popl. sinist.* i obrzęk rozlany na siodmém żebrze po prawéj stronie klatki piersiowéj. Energiczne leczenie ogólne, a mianowicie wcierania, nie umniejszyły ani cierpień chorego, który chodzić i leżeć nie mógł, ani nie usuwały objawów skórnych; przeciwnie trądzik był wybitniejszym przez to, że około niego powstawały nacieki żywo czerwonego koloru, a równocześnie z naciekami owrzodzenie się rozszerzało tak, że w miejscu trądzika były powierzchowne wprawdzie, ale rozległe wrzody, po których bardzo widoczne blizny dotąd istnieją. Odwoławszy pierwotne rokowanie wysłałem chorego po uskutecznionych wcieraniach do Iwonicza, gdzie kol. D. daléj pacyjenta obserwował. Otóż dalszy przebieg był o wiele łagodniejszy, a po powrocie zdawał się być nawet bardzo łagodnym. Owrzodzenia migdałków i błony śluzowéj, pokrywającéj tylne otwory nosowe, wytworzyły się w dalszym biegu choroby i zmusiły mnie do polecenia używania rtęci obok miejscowego leczenia. Objawy powyższe wystąpiły już z początku tego roku, a po kilkumiesięcznéj przerwie znowu potrzebował pacyjent rady lekarskiéj z powodu wytworzonego kilaka *(gumma)* na tylnéj ścianie gardła.

Rozbiór tego przypadku chorobowego wykazuje, że oparcie rokowania na jakości pierwotnego objawu było zwodnicze, a więc że przepowiednia co do dalszego biegu kiły była nieprawdziwą. Że nie można stanowczo przewidzieć, jaki będzie dalszy przebieg kiły, wykażę na drugim przypadku, który w krótkości przytoczę, a który z wielu względów jest pouczającym.

B. wysokiego wzrostu, ciałotworu suchotniczego, pochodzi z rodziny, w któréj zdaje się być dziedziczną choroba płuc. Ojciec zmarł na jakąś chorobę płucną. Miernie odżywiony, o cerze bladéj, kaszle szczególniej z rana i wieczorem. Badanie płuc wykazuje zajęcie kataralne płuca prawego aż do drugiego żebra. Nad szczytem lewym płuca wypuk nieco krótszy; rzężenia bardzo liczne w płucu prawém, wydech zaostrzony w lewém. W 3 — 4 tygodnie po spółkowaniu wytworzył się wrzód w rowku żołędziowym bardzo rozległy, bo zajmujący nie tylko w wielkiéj części żołądź, ale prawie całą wewnętrzną powierzchnię napletka począwszy od więzadełek aż do naczyń na grzbiecie prącia ułożonych

z prawéj mianowicie strony. Stwardnienie było bardzo znaczne, obrzęk gruczołów pachwinowych z obu stron wielki. W dalszym przebiegu stwardnienie jeszcze się powiększyło, gruczoły również były powiększone; tworzyły obrzęk w obu pachwinach wielkości małéj pięści. Po tych objawach można się było spodziewać niewątpliwie bardzo groźnych następstw kiły, a przypuszczenie to było tém bardziéj usprawiedliwioném, że chory równocześnie cierpiał na chorobę płucną. Rokowanie, jakie w tym przypadku wygłosiłem rodzinie chorego, znowu bardzo mnie zawiodło. Chorego obserwowałem przez 9 miesięcy i w tym okresie najmniejszych zmian nie znalazłem, któreby do następstw skazy kiłowéj odnieść można; tymczasem zmiany w płucach dość raźnie postępowały i w 9 miesiącu miał chory bardzo znaczny krwotok płucny, po którym odjechał do rodziny. I w tym przypadku stwierdziłem, że pacyjent zaraził się od choréj, która wówczas na oddziale prym. Dra Chądzyńskiego leżała z powodu wrzodu twardego w wejściu do pochwy i szyszkowin płaskich na wargach sromnych. Ma się rozumieć, że zachowałem się biernie w obec kiły, któréj pierwotny objaw jakoteż gruczoły w pierwszéj chwili bardzo się powiększały. Do wyczekującego leczenia zmuszał mnie chorobowy stan płuc i zajęcie przewodu pokarmowego, objawiające się częstemi biegunkami; oprócz dyjetetycznego zachowania zaleciłem z początku lekki rozczyn azotanu srebra, a potém przylepiec rtęciowy tak na stwardnienie jakoteż na gruczoły pachwinowe. Leczenie to zupełnie wystarczyło, stwardnienie i obrzęk gruczołów malały widocznie, w piątym miesiącu nie było ani śladu stwardnienia, a gruczoły pachwinowe bardzo lekko powiększone, ale w tak niskim stopniu, że niepodobnaby było bez anamnezy przypuszczać, że chory cierpiał na pierwotny objaw kiły. Oba przypadki chorobowe, które przytoczyłem wskazują, że ani konfrontacyja, ani jakość pierwotnego objawu kiły nie dają podstawy do wyrokowania o dalszym przebiegu tejże, który może być bardzo łagodnym, chociaż pierwotne objawy są groźne i odwrotnie. Zważywszy trudność konfrontacyi, ktora poucza o źródle z jednéj strony, a niemożebność opierania się na jakości objawu pierwotnego kiły z drugiéj strony, pierwsze znamiona, które o jakości kiły wyrokować mają, tracą wiele na przypisywanéj im wartości. Tak samo wiemy z doświadczenia, że po najłagodniejszych objawach kiły następowéj nawroty chorobowe mogą być bardzo groźne i sam kilkakrotnie spostrzegałem, że po bardzo łagodnéj wysypce plamistéj, a wyczekującém leczeniu występowały bardzo groźne objawy kiły. To samo tyczy się i nawrotów chorobowych, które mimo częstego powtarzania się i w krótkich odstępach mogą być jużto łagodne, już też to złośliwe. To dowodzi, że z objawow istniejących o dalszym przebiegu rokować nie można, a gdy tak jest, wyczekujące leczenie traci po części podstawę, a właściwie tracimy wskazówkę, czy leczenie wyczekujące jest stosowne. Rozmaity przebieg kiły zależy przedewszystkiém od warunków, w jakich chory się znajduje, a z tych najważniejszym jest konstytucyja zakażonego, ocenienie zaś jakości jéj jest bardzo trudném. Najczęściéj brak wszelkich przedmiotowych objawów jest przyczyną, że pozornie zdrowych poczytujemy jako zdrowych i odwrotnie, a często tylko wady organizmu rodzicielskiego są jedyną wskazówką odziedziczonych, a wcale nieuwidoczniających się cierpień. Jeślibyśmy w każdym przypadku chorobowym znajdowali pewne znaki konstytucyi chorobliwéj, wówczas z przepowiednią na nich opartą, rokowanie mogłoby i musiałoby być prawdziwém, a w każdym razie o wiele stosowniejszém jest opierać sąd na przyczynie niż na skutkach. Znamiona bowiem podane dla obu rodzajów kiły zawisły od konstytucyi zakażonego i one są skutkiem, podczas gdy konstytucyja jest przyczyną tak łagodnego, jak groźnego przebiegu choroby. Ponieważ łagodne postacie zakażenia oprócz sprzyjającéj konstytucyi wymagają, aby leczony przez wyczekiwanie w korzystnych warunkach się znajdował, niekorzystne bowiem warunki mogą zmienić kiłę łagodną na złośliwą, przeto i tu napotykamy trudności, które nie zawsze możemy usunąć.

Poznawszy, od czego zawisł przebieg choroby, zapytajmy się, w jaki sposób leczenie następuje przy sposobie wyczekującym. Chory nie przyjmuje żadnych lekarstw, a miejscowe leczenie, chociażby najstaranniejsze, nie może wywierać korzystnego wpływu na ogólne zakażenie. Przy biernem zachowaniu się lekarza, przy braku środków leczniczych ze świata otaczającego, musimy siły leczniczéj szukać wewnątrz organizmu. Tu znajdujemy pewne czynności, zwane fizyjologicznemi, którym organizm istnienie, życie i rozwój zawdzięcza; wiemy, że one ciągłą pracą zmieniają organizm i im przypisujemy przez tę właśnie pracę wyleczenie z wielu chorób, przy leczeniu których biernie się zachowujemy. Niewątpliwie w wyleczeniu kiły przy wyczekiwaniu należy się wyłączna zasługa czynnościom fizyjologicznym i one są jedynym czynnikiem leczniczym. Czynności zaś fizyjologiczne organizmu zawisły od jakości organizmu i warunków, wśród których ostatni zostaje, a co ogólném mianem konstytucyi obejmujemy. Jeżeli konstytucyja jest taką, że fizyjologiczne czynności prawidłowo się odbywając korzystnie wpływać będą na przebieg kiły, będziemy mieli kiłę łagodną; gdy fizyjologiczne czynności zboczą od normy, objawy kiły nie zwykły być łagodnemi. Fizyjologiczna czynność przestaje być normalną, gdy jest przyspieszoną lub opóźnioną; na przyspieszenie i opóźnienie działają najrozmaitsze wpływy świata zewnętrznego, do których często w celach leczniczych się uciekamy; takowe najwybitniéj przyspieszają choroby gorączkowe czyli ostre, a zwalniają je choroby chroniczne czyli przewlekłe. Kiła jest typową chorobą przewlekłą, czyli innemi słowy, opóźnia fizyjologiczne czynności, a tém samém odnowę organizmu. Jeżeli kiła nieleczona istnieć przestała, wskazuje to, że czynności fizyjologiczne pokonały opóźnienie, będące następstwem choroby, a odbywając się prawidłowo i odnawiając ciągle organizm przywróciły ustrój do stanu prawidłowego. Jeżeli opóźnienie zwalczymy, bieg choroby będzie łagodnym; gdy czynności fizyjologiczne nie mogą pokonać opóźnienia, musi cierpieć na tém odnowa ustroju, a przez to bieg choroby musi być złośliwym. Tym sposobem dochodzimy do rozwiązania dwóch dla nas bardzo ważnych zagadnień, a mianowicie poznajemy, od czego zależy przebieg kiły i jéj wyleczenie. Środki dyjetetyczno-higijeniczne, używane w leczeniu wyczekującém, korzystnie wpływają na odnowę organizmu i to stanowi zasadę tego sposobu leczenia. Po tém, co dotąd powiedziano, niepodobna zaprzeczyć, że zasada wyczekującego leczenia jest zupełnie słuszną i zasługuje na uwzględnienie.

Zastanówmy się na chwilę, co należy rozumieć przez przyspieszenie i opóźnienie odnowy organizmu, i jakie są tychże zboczeń następstwa. Przyspieszenie odnowy znaczy to samo, co zwiększona nad normę utrata, zwolnienie zaś oznacza zmniejszoną utratę. Organizm, tracący więcéj aniżeli w stanie prawidłowym, popada w niedobór, gdy utratę przychodem nie wyrówna, a nie będzie wcale cierpiał, gdy utratę

wynagrodzi. Zwolniona odnowa zawsze niekorzystny wpływ wywiera, raz przez to, że umniejsza przyswajanie, które ma wynagrodzić utratę, a powtóre przez to, że zmniejsza siłę żywotną organizmu. Zastosujmy te rozumowania do kiły i przypatrzmy się, czy doświadczenie je potwierdza. Wiemy, że choroby ostre wpływają na przebieg kiły dwojako, a mianowicie usuwają czasowo lub na zawsze objawy kiły i w pierwszym razie nawrót choroby może być łagodnym lub groźnym. Na zawsze kiłę usunie ostra choroba, gdy przyspieszona odnowa zniszczy przyrzut chorobowy, a zwiększone przyswajanie wynagrodzi utratę. Czasowo zaś kiła ustąpi i stanie się łagodną, gdy przyspieszona odnowa organizmu nie osłabiła ustroju, a stać się musi kiła groźną, gdy zwiększona odnowa zniszczy organizm, a przezto zwolni w następstwie fizyjologiczne czynności. O tém od dawna wiemy z doświadczenia i dlatego słusznie żąda Zeissl wyczekującego leczenia kiły w przebiegu czerwonki, duru, zapalenia płuc etc.

Wręcz przeciwnie działają choroby przewlekłe na przebieg kiły, która jest również chorobą przewlekłą. Tutaj bowiem podwójnie zwalnia się odnowa: przez kiłę i przez drugą chorobę przewlekłą, a od jakości téj drugiéj choroby zależy, o ile wpływ na kiłę będzie niekorzystnym; to rozumowanie potwierdza w zupełności codzienne doświadczenie.

Z tego, co dotąd powiedziano, łatwo poznać rzeczywistą wartość wyczekującego leczenia. Będzie ono korzystne u chorego, u którego odnowa organizmu odbywa się prawidłowo i może być korzystne u chorego z przyspieszoną odnową, musi zaś być niekorzystném przy zwolnionej odnowie ustroju. Ujemną stroną jednak wyczekującego leczenia jest, że choroba musi dłużéj przeciągać się, aniżeli przy leczeniu środkami, które przyspieszają odnowę organizmu. Przeciągać chorobę zaraźliwą, łatwo się udzielającą, znaczy to samo, co powiększać i pomnażać źródła chorobowe, co bynajmniéj nie należy do zadań lekarza. Szczytniejszym od leczenia obowiązkiem lekarza jest zapobieganie chorobom, a temu przynajmniéj co do kiły nie czyni zadość leczenie wyczekujące. Jeszcze raz powtarzam, że leczenie jest dobre w skutkach, ale niewątpliwie lepszém powinno być takie leczenie, które działałoby przez przyspieszoną odnowę, a przytém utrzymywało równowagę między utratą a przyswajaniem. Tym wymaganiom czynią zadość rozmaite środki, gdy będą stosownie użyte, jakoto: mocz pędzące, przeczyszczające i napotne, a wreszcie leki tak zwane swoiste czyli przeciwkiłowe, jak rtęć i jod.

Do pierwszych leczący wyczekiwaniem często się uciekają, ostatnie zaś zupełnie porzucają zagorzali zwolennicy leczenia wyczekującego, uważając ich użycie jako bezwzględnie szkodliwe. Jednak użycie tych środków również nie jest bezwzględnie szkodliwém, jak leczenie wyczekujące nie jest bezwzględnie dobrém. Do bezwzględnéj dobroci ma prawo to leczenie, które kieruje się zasadą, jaka przewodniczyć winna w leczeniu chorób chronicznych w ogólności, a tą zasadą jest przyspieszenie odnowy zwolnionéj skutkiem zakażenia, ale przyspieszenie w granicach i warunkach najprzyjaźniejszych dla prawidłowego rozwoju organizmu chorego. Przyspieszyć odnowę możemy najrozmaitszemi środkami, tak temi, które składają się na leczenie wyczekujące, jakoteż temi, które są podporą tak zwanego przeciwkiłowego czyli swoistego leczenia. Bacząc na zasadę nie popadniemy w błąd i nie będziemy przeciwnikami ani wyczekiwania, ani używania rtęci i jodu nawet wówczas, gdyby się okazało, że np. rtęć jest odtrutką przeciwko zakażeniu kiłowemu. Wreszcie uwzględnienie zasady położy tamę walce ciągnącéj się od wieków między zwolennikami i przeciwnikami swoistego leczenia, a która i w naszych czasach się odbywa, i uwolni nas od chaosu, z którego trudno wybrnąć początkującemu w zawodzie lekarskim.

Na zakończenie jeszcze raz powtarzam, że w wyborze środków leczniczych powinniśmy być bardzo ostrożnymi, kierować się tylko zasadą leczenia a przedewszystkiém uwzględniać takie sposoby usuwania kiły, które dają największą rękojmię krótkiego trwania okresu zaraźliwości choroby. Tak postępując czynimy zadość dwóm wzniosłym zadaniom: leczymy chorych i zapobiegamy rozszerzaniu się choroby.

III. Oceny i sprawozdania.

O obrzękach śledziony. Wykład prof. Chvostka w Wiedniu. Sprawozdanie Dra Filewicza z Kolbuszowy.

Autor rozpoczyna swój wykład od szczegółowego opisu: 1) Zapalenia śledziony *(splenitis)* tudzież zawału krwawego téjże. Na wstępie wspomina, że nowsze badania każą zaliczać także ostre obrzęki śledziony występujące w chorobach zakaźnych do zapaleń tegoż narządu (Birch-Hirschfeld). Rokitansky (1840) pierwszy zwrócił uwagę na częste pojawianie się zapalenia śródsierdzia z następowém zapaleniem śledziony i nerek, Virchow zaś udowodnił, że polega ono na zatorze.

Ze względu na ajtyjologiję, zapalenie śledziony bardzo rzadko tylko występuje samoistnie. Jeden podobny przypadek opisuje Bamberger, gdzie ropień wielkości jaja kurzego wytworzył się w śledzionie bez znanéj przyczyny i pękł do jamy brzusznéj. Również bardzo rzadko wydarza się zapalenie po urazie, częściéj przychodzi wtedy do pęknięcia śledziony. Berlin opisuje ropień w śledzionie młodego żołnierza, który wytworzyć się miał po forsownych marszach i po wypuszczeniu zeń ropy zwolna się zagoił. Zapalenie śledziony następowe przez udzielanie się z sąsiedztwa jest także rzadkiém: widziano je obok otorbionych ropnych wypocin otrzewnowych, obok wrzodów w żołądku, przy zapaleniu żołądka po połknięciu trucizn itp. Najczęściéj napotykamy zapalenie śledziony przerzutowe, polegające zazwyczaj na zatorze. Oderwane cząsteczki skrzepów włóknikowych, wybujałości zastawkowych, lub wreszcie obumarłych tkanek, z biegiem krwi wpływają do tętnic śledziony, zatykają ich światło i wywołują zawał. Pochodzą one najczęściéj z komórki lewéj serca (przy zapaleniu śródsierdzia, mięśnia sercowego, wadach zastawek i tworzeniu się skrzepów w sercu), mniéj często z tętnicy głównéj (jak przy tętniaku), lub z płuc (z ognisk zgorzelinowych w płucach, w zakrzepicy żył płucowych). Prawdopodobnie jednak mogą podobne zatyczki pochodzić także z prawéj komórki serca, tudzież z całego układu żylnego, w tym razie jednak musiały one przebyć siatkę naczyń włosowatych w płucach, a gdy pochodziły z żyły wrotnéj także sieć naczyń włosowatych w wątrobie. Dostanie się oderwanych cząstek ułatwia obszerność tętnicy śledzionowéj, tudzież właściwe rozgałęzienie się jéj w miąższu, pojedyńcze bowiem gałązki przed rozpadnięciem się w sieć naczyń włosowatych nie łączą się wzajem ze sobą, tém samém więc i następstwa zatoru nie tak łatwo usunąć się mogą. Koniecznym warunkiem tworzenia się zawału krwa-

wego jest ta okoliczność, że żyły części zaczopowanéj nie posiadają zastawek, wiemy zaś że w miąższu śledziony niema ściśle zamkniętéj sieci naczyń włosowatych, lecz szereg przestworów krwionośnych W. Müllera, wsunięty między tętnice a żyły. Czopy pochodzące z ogniska ropiejącego lub posoczącego, wywołują w miejscu zatkania nie tylko zawał, lecz zarazem i zapalenie z zejściem w ropienie lub sposoczenie, czyli t. zw. ropień przerzutowy.

Często znajdujemy zawał w śledzionie zmarłych z choroby zakaźnéj lub innéj ciężkiéj, a najdokładniejsze badanie nie jest w stanie wykazać zaczopowania. Tutaj ostre obrzmienie śledziony pociąga za sobą zwolnienie obiegu, następowe skrzepnienie krwi w żyłach i zawał. Birch-Hirschfeld jest zdania, że zawały znalezione w śledzionie zmarłych z chorób zakaźnych powstają skutkiem miejscowego drażnienia jadu chorobowego, gromadzącego się w pewnych miejscach w większéj ilości.

Co do anatomii patologicznéj, to opisane przez Foerstera rozlane zapalenie śledziony należy do rzadkości, najczęściéj wydarza się ograniczone, w formie odosobnionych ognisk. Zawał występuje w formie klinu podstawą skierowanego ku obwodowi, wierzchołkiem zaś wewnątrz śledziony. Kształt ten odpowiada rozgałęzieniu tętnicy śledzionowéj. Znajdujemy albo tylko jeden zawał, lub też 2—3 a czasem i więcéj. Wielkość ich może być różną, od grochu do objętości jabłka. Początkowo są barwy ciemno-niebieskiéj lub brunatno-czerwonéj, przytém zbite, jakby zwątrobiałe, późniéj zaś, skutkiem tłuszczowego zwyrodnienia włókniaka i przemiany barwika krwi w ziarnisty, krystaliczny hematoidyn, przybierają barwę żółtawą. Gdy zawał rozciąga się aż do torebki, znachodzimy ją w odpowiedniém miejscu silniéj nastrzykaną lub powleczoną wysiękiem włóknikowym. Dalsze przemiany zawału zależą od przyczyn po części zupełnie nam nie znanych. Zawał powstały na drodze li mechanicznego zatoru zwykle po pewnym czasie kurczy się, barwa brudno-czerwona zamienia się w żółtą, a wreszcie po zupełném wessaniu tworzy się blizna włóknista, która sprawia, że torebka w miejscu odpowiadającém doznaje zagłębienia, co gdy w kilku miejscach się zrobi, cała śledziona przybiera kształt nieregularnie płatowy. Niekiedy przechodzi zawał w masę żółtawą, zbitą, do gruzełka podobną, lub nawet kredowacieje.

Gdy czop pochodził z miejsca ropiejącego, na miejscu zatoru tworzy się ropień. Zmiany, jakie wyprzedzają tworzenie się ropnia, mało nam są jeszcze znane, ropa pokazuje się albo przy wierzchołku lub też w całym obwodzie nawału. Ropień powiększa się zwolna i doszedłszy do pewnéj wielkości otorbia się, wysycha lub kredowacieje, albo też rośnie coraz bardziéj i dochodzi nieraz do ogromnéj wielkości. Pleischl opisuje ropień śledziony, z którego po nakłuciu wytoczono 33 uncyj ropy; Hermite zaś przypadek, w którym wypuszczono 80 funtów ropy, w drugim zaś rozpoznając puchlinę jamy brzusznéj wykonano 2 razy nakłucie brzucha, wypuściwszy każdym razem po 8 funtów ropy, w 3cim dniu śmierć. Przy oględzinach zwłok znaleziono worek 18″ długi a 12″ szeroki, zawierający jeszcze 7 funtów ropy. Gdy powiększający się ropień dosięgnie torebki śledziony, wywołuje zapalenie części otrzewny powlekającéj śledzionę, które ztąd przenosi się na narządy sąsiednie i prowadzi do zlepienia śledziony z takowemi. Często jednak ropień pęka, nim jeszcze zlepienie nastąpiło, ropa wylewa się do jamy otrzewnowéj i sprowadza śmierć. Innym razem ropień wylewa się do jamy utworzonéj przez zlepienie się kiszek między sobą tudzież ze ścianą brzuszną i przeponą. Ropień taki po dłuższém lub krótszém trwaniu kończy się śmiercią, bo albo zapalenie udziela się pozostałéj otrzewnie, lub ropień pęka i treść jego wydostaje się do jamy otrzewny. Wreszcie może ropień zlepić się z sąsiednim narządem, do którego ropa się wyleje, lub téż zrasta się ze ścianą brzuszną i przebija takową. Zweifel podaje przypadek, gdzie ropień przebił ścianę brzuszną (przyszło do wyzdrowienia), Heide zaś, gdzie ropa wydostała się przez otwór zatokowy koło pępka. Niekiedy ropień przebija przeponę i treść jego dostaje się do worka opłucnowego, lub może przedtém zrosnąć się przeponą z podstawą płuca, a wtedy po częściowém zniszczeniu ropa wydostaje się oskrzelem na zewnątrz; podobne przypadki opisują Nasse, Mantell i Newnham. Często spostrzegano przebicie ropnia do żołądka, zwykle z zejściem śmiertelném, Fouquier opisuje jeden taki przypadek wyleczony. Bardzo rzadko przebija się ropień do nerki, a narząd moczowy wydala ropę, jeden taki przypadek opisuje Grotanelli, dwa inne Heusinger, oba zakończone wyzdrowieniem. Zwykle ropnie przedziurawiające śmierć sprowadzają. Bardzo rzadko tylko napotykamy zgorzel śledziony i to jako przerzut zgorzeli wewnętrznych lub zewnętrznych narządów; Rokitansky opisuje nawet jeden przypadek zgorzeli śledziony samoistnéj, Mosler widział zgorzel śledziony w następstwie zgorzeli lewego płuca. Czasem znachodzono w ciałkach Malpighiego pewne zmiany, jak obrzmienie aż do wielkości główki od szpilki, zabarwienie żółtawe i pomnożenie komórek. Zmiany te rozszerzały się na cały miąższ śledziony, lub tylko na pewne jego odcinki; w środku podobnie zmienionych ciałek tworzą się skutkiem przemiany tłuszczowéj jamki, które następnie mogą się zlewać ze sobą i tworzyć żółtawo zabarwione ropnie. Objawy te znaleziono w durze osutkowym (Rokitansky, Hodgkin, Bamberger), w durze powrotnym. (Griesinger, Ponfick), tudzież w niektórych przypadkach przerzutowéj ropnicy (Birch-Hirschfeld). (C. d. n.)

Lichtheim: **Doświadczenia nad niedodmą płuc.**
(atelectasis pulm).

Odkąd Legendre i Bailly (1844) sprostowali dawne mniemanie o przyrodzie zapalnéj niedodmy, dowiódłszy, że jest to raczéj powrót płuca do stanu płodowego *(état fétal)*, pojawiały się bardzo różnorodne tłumaczenia co do sposobu i warunków powstawania tego zboczenia. L. i B. twierdzili, że skoro do pewnéj części płuc powietrze się nie dostaje, natenczas pęcherzyki płucne zapadają się na mocy swéj sprężystości. Traube wywołując sztucznie niedodmę płuc już to przez zatkanie doprowadzającego oskrzela, już téż przez otwarcie odpowiedniéj jamy opłucnéj, sądził, że przyczyną niedodmy jest brak odnowy powietrza w pęcherzykach. Gairdner a za nim Rilliet i Barthez zauważywszy, że podstawą niedodmy bywa zazwyczaj nieżyt oskrzelowy, wyobrażali sobie, że czopki śluzu tworzą w oskrzelach rodzaj zastawek, domykających się szczelnie podczas wdechu, odmykających się zaś podczas wydechu; powietrze więc w pęcherzykach płuc zawarte miało powoli podczas wydechów być wydalaném. Bartels zwracając uwagę na to, iż nie zawsze niedodmie towarzyszy nagromadzenie śluzu w oskrzelach, sądził, że skurcz mięśni oskrzelowych i obrzmienie błony śluzowéj staje na zawadzie prądowi powietrza wdechowemu, kaszel zaś przyczynia się do wypędzenia powietrza z płuc.

Niezadowolony wszakże sam tém tłumaczeniem zgadzał się na zdanie Virchowa, że część powietrza ulega wessaniu przez naczynia włosowate pęcherzyków płucnych.

W celu ocenienia, czy i o ile ostatnie zdanie jest słuszném, L. przedsięwziął doświadczenia na zwierzętach. Zatkawszy sztucznie pewne gałęzie lub też jeden z głównych oskrzeli, przekonał się zgodnie z dawniejszemi spostrzeżeniami Traubego, że w odpowiedniéj części płuc powstawała niedodma. Aby się przekonać, czy takowa polegała na wessaniu powietrza przez naczynia włosowate, czy zatém krążenie krwi jest koniecznym warunkiem do powstawania niedodmy, podwiązał wszystkie naczynia doprowadzające krew do płuc (t. płucną, tt. oskrzelowe, tętniczki przebiegające do części śródpiersiowéj opłucny) a zatkawszy równocześnie odpowiednie oskrzele, przekonał się, że w takich warunkach płuco nie traciło powietrza. Z tego wynika, że do powstawania niedodmy koniecznèm jest krążenie krwi w płucach, aby powietrze z pęcherzyków płuc uledz mogło wessaniu do krwi. Wprowadzając do płuc osobno składowe części powietrza atmosferycznego, wykazał, że czysty tlen i kwas węglowy znacznie rychléj, azot zaś powolniéj ulega wessaniu niż powietrze atmosferyczne, odpowiednio do większego lub mniejszego współczynnika absorpcyjnego poszczególnych gazów i ich powinowactwa chemicznego do krwi. Aby wytłumaczyć, dlaczego nie następuje równowaga między napięciem gazów we krwi a powietrza w pęcherzykach płucnych, czyli dlaczego powietrze aż do szczętu z pęcherzyków płucnych przechodzi do krwi, L. przypuszcza, że sprężystość pęcherzyków płucnych wtenczas dopiero się wyczerpuje, gdy w takowych nie mieści się już nic powietrza. *(Arch. f. experim. Path. u. Pharm. X).* *Dr. Smoleński.*

S. Rosenstein: **Przyczynek do nauki o uderzeniu serca.**

W nauce o uderzeniu serca zużytkowano w ogóle trzy czynniki, mające stanowić główną przyczynę tego objawu. Najprzód upatrywano (Arnold, Kiwisch, Ludwig, Donders) przyczynę uderzenia sercowego w stwardnieniu i zmianie postaci komórek podczas skurczu mięśnia sercowego. Następnie (Kürschner, Senac, Aufrecht) szukano przyczyny uderzenia serca w pewnych zmianach wielkich naczyń sercowych podczas skurczu serca. Według tego zapatrywania uderzenie serca uważaćby należało za następstwo ruchu drążkowego, pochodzącego stąd, że tętnice główna i płucowa, rozciągnięte (wyprostowane) podczas rozkurczu serca, skracając się pociągają za sobą i komórki sercowe. W podobny sposób tłumaczy i Kornitzer uderzenie serca, tylko że kładzie nacisk na jego ruch obrotowy, jako następstwo skurczowego rozciągania się spiralnie przebiegających wielkich naczyń. Trzecia teoryja (Gutbrod, Skoda), która najwięcéj znalazła zwolenników, uważa uderzenie serca za wynik ruchu wstecznego serca podczas skurczowego wypróżniania komórek.

Aby się przekonać, czy i o ile wielkie naczynia przyczyniają się do powstawania uderzenia sercowego, autor (jak już dawniéj Chauveau) podwięzywał u psów tętnice główną i płucową tuż po nad ich początkiem, przy czém zauważył, że mimo to uderzenie serca dało się widzieć i wymacać, a szpilka wkłuta w miejsce najwyraźniejszego uderzenia sercowego poruszała się tak samo jak poprzednio. Nawet po podwiązaniu wszystkich naczyń z wyjątkiem żyły głównéj dolnéj, ruchy obrotowe serca nie ustawały. Na podstawie powyższych doświadczeń autor dochodzi do następujących wniosków: 1) Ruchy obrotowe serca nie zależą od związku serca z wielkiemi naczyniami, 2) powstawanie uderzenia sercowego nie zależy od skurczowego prostowania się tychże naczyń ani też od ruchu wstecznego serca. Stąd wypływa, że przyczyna uderzenia sercowego znajduje się w samém sercu, mianowicie w stwardnieniu i zmianie postaci mięśnia sercowego podczas skurczu. Ruch ku przodowi, ograniczony do samego koniuszka serca, może pochodzić od właściwego przebiegu włókien mięsnych w sercu, co jednak, „dopokąd nie zdołamy wyśledzić przebiegu ani jednego włókna warstw głębszych“ (Henle), pozostanie tylko przypuszczeniem. Prostowanie się wielkich naczyń podczas skurczu może się przyczyniać do powstawania ruchu serca na dół i ku przodowi. *(D. Arch. f. klin. Med.* T. 23, — 1.)

Dr. Smoleński.

IV. Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego,**
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41.)

List III.

Charcot wykłada anatomiję patologiczną w „École“ dopiero od trzech lat, odkąd jest profesorem wydziału lekarskiego; w Salpêtrière zaś, gdzie od dawna jest lekarzem ordynującym, miewa od r. 1865 wykłady kliniczne o chorobach, jakich mu ten zakład dostarczyć może. Salpêtrière bowiem składa się, jak wiadomo, z dwóch zakładów, nie mających ze sobą nic wspólnego, oprócz ekonomii, administracyi, spólnéj nazwy ludowéj i urzędowéj oraz przestrzeni, na któréj gmachy tych zakładów są rozłożone. Jest to zakład dla kobiet obłąkanych i gospoda starości, *Hospice de la vieillesse*, gdzie nie tylko kobiety przez wiek zgrzybiałe, lecz także i bardzo młode znajdują zaopatrzenie na całe życie, jeżeli dotknięte są chorobami ciężkiemi, nieuleczalnemi. Takich kobiet „zaopatrzonych“ (*administrées*) mieszka w téj olbrzymiéj gospodzie przeszło 2700; zajmują one pierwsze trzy obwody całego zakładu w 9 sekcyjach i mają spólny kościół i szpital zwany Infirmeryją powszechną *(Infirmerie générale)*, który stanowi sekcyję dziesiątą. Infirmeryja urządzona na 280 łóżek; ma dwa oddziały lekarskie i jeden chirurgiczny. Lekarzem ordynującym w jednym oddziale lekarskim jest prof. Charcot, w drugim p. Luys, znany badacz budowy wewnętrznéj mózgu.

Hospice de la vieillesse dostarcza tedy do infirmeryi, a mianowicie na oddział Charcota chorób, które dla terapii prawie żadnéj, dla nauki zaś wysoką mają wartość. Chore bowiem, dotknięte chorobami długotrwałemi, pozostają tu aż do śmierci i dostarczają całych obrazów przebiegu klinicznego; po śmierci zaś badanie anatomiczne i mikroskopijne nadaje tym obrazom podstaw umiejętnych. Charcot wyzyskał ten materyjał w sposób prawdziwie bystry i dla nauki bardzo korzystny. Nie mogę tu wchodzić w szczegóły prac Charcota, znanych zresztą z literatury tegoczesnéj; wspomnę tylko o jego *„Leçons sur les maladies du système nerveux,“* które się doczekały już wydania trzeciego. Charcot, oprócz niektórych chorób starczych, chorób wątroby i nerek, oraz zap. płuc przewłocznego, najwięcéj badał choroby ner

wowe długotrwałe, mianowicie rdzeniowe i mózgowe tudzież hysteryję ciężką, jakiéj nie brak w Salpêtrière. O téj chorobie ostatniéj wypada mi cośkolwiek wspomnieć, gdyż do niéj to właśnie odnoszą się doświadczenia Charcota, o których dziś tyle mówią i piszą, które téż sam oglądałem i o których w tym liście podaję wiadomość szczegółową.

Postać łagodna hysteryi jest powszednią w rodzie niewieścim; a jak nie brak płci pięknéj, mężyc zdolnych nawet do rzemiosła wojennego i do rządów niekiedy okrutnych (Maryja Tudor, Elżbieta i inne), tak téż nawzajem ród męski miewa *viros effeminatos*, którzy podpadają hysteryi. Praktycy prawie pogardliwie spoglądają na tę chorobę, gdyż udaje ona niekiedy inne ciężkie choroby, dużo daje do czynienia, a mało wyświadcza honoru terapii: nadużywała ona nieraz cierpliwości, dobréj wiary i fantazyi lekarskiéj. Podobnie jak choroby umysłowe, wyprawiała sceny święte i przeklęte, w zaciszu klasztorném i w domowéj zagrodzie, gdzie „krzyż pański“ stawiała na udręczenie kółka rodzinnego. Występowała niekiedy na ulicę, na wielki świat i jawnie święciła swoje mysteria. Miała téż czasy swojego męczeństwa i była nadużywaną przez mataczów, guślarzy, mistyków i marzycieli. Posądzają ją o nierzetelność, bo z własnéj woli i umysłu przewrotnego rodzi przypadłości podobne do przypadłości innych chorób, w których wola i umysł bywają rzetelne; chociaż przewrotność moralna i umysłowa jest tu tak samo zjawiskiem hysteryi, jak np. jéj przewrotność czuciowa, ruchowa i odżywcza. Z drugiéj strony posądzają ją o związki „nieczyste“ z lubieżnością, z żądzą sławy i chleba, jak gdyby tylko ona jedna była dziedziczką tego grzechu pierworodnego. Od głowy aż do stóp posądzały ją wszystkie ostateczności począwszy od teologicznych, filozoficznych i prawniczych a skończywszy na medycznych. Hysterojatria nie miała jeszcze swojego Pinela i jeżeli nim dziś nie jest Charcot, to chyba go już nigdy nie będzie.

W Salpêtrière są oczywiście przypadki hysteryi tylko ciężkiéj, które dla studyjów klinicznych tém są ważniejsze, ponieważ przypadłości w tych przypadkach są pełniejsze i wybitniejsze.

Hysteryja ciężka ma przypadłości stałe i napady mniéj więcéj przemijające. Do pierwszych należy anestezyja i hyperestezyja, ambliopija, achromatopsyja, skurczenie mięśniowe (prawdopodobnie także skurczenia tętnicze stałe); pomiędzy napadami występuje najczęściéj i hysteroepilepsia, bębnica hysteryczna, ischuria, niekiedy porażenia poprzeczne itd.

Nieczulica bywa najczęściéj połowicza i zajmuje nie tylko skórę, ale i błony śluzowe jamy ustnéj, pochwy, tudzież dotyczy powięzi, mięśni, okostnéj; czasem na całe rozciąga się ciało. Po stronie znieczulonéj naczynia są ściągnięte i temperatura obniżona. Barwoślep zwyczajnie trzyma się po stronie nieczulicy; bywa częściowy lub całkowity, czasem w obu oczach. Niemniéj smak i powonienie biorą udział w tém znieczuleniu połowiczém.

Przeczulica lokalizuje się albo w jednym jajniku, albo istnieją nadto miejsca poszczególne, np. koło sutka, pomiędzy łopatkami, podobne do owych pasów epileptycznych u świniek morskich do tego przyrządzonych. Z tych punktów hysteroepileptycznych, *points hystero-épileptogènes*, wywołać można napady równoimienne i już wywołane powstrzymać, jak to później zobaczymy.

Ischuria bywa czasami zupełna i daje powód do innych przypadłości, jak: wymioty krwawe, drżączka i śpiączka hysteryczna, porażenie połowicze. W jednym przypadku na moim oddziale postrzegaliśmy w r. 1876 u szwajcarki Adeli Br... obfite wymioty krwawe, zatrzymanie moczu, drżączkę, śpiączkę i porażenie połowicze, które po ośmiu miesiącach ustąpiło; u innéj choréj starozakonnéj panienki Blime R... postrzegaliśmy powstrzymanie moczu i bębnicę (*tympanitis hysterica*) tak wielką, że brzuch sterczał jak balon po nad poziom reszty ciała. Wszelako pomiędzy wszystkiemi innemi napadami zasługuje na naszą uwagę hysteroepilepsyja, która miewa wszystkie inne przypadłości stałe i przemijające, a nadto w napadzie właściwym okresy i ustępy, które tu w krótkości opiszę podług „*Gazette médicale de Paris*“ z r. 1878, str. 364.

Charcot odróżnia w napadzie pełnym hysteroepileptycznym:

1) Okres padaczkowaty, poczynający się od jajników wietrzykiem (*aura*), posuwający się jako kłębek (*globus hystericus*) ku dołkowi podsercowemu i gardzieli, skąd wstępuje do głowy, w uszach świst, w głowie ból zwany ćwiekiem (*clavus hyst.*)

Każdy pozna w tym ustępie tego okresu napady hysteryczne pospolite, powszednie, z którémi spotykamy się w szpitalach i w praktyce prywatnéj. Dalsze postępy napadu wielkiego można teraz jeszcze powstrzymać przez uderzenie połączone z uciskiem jajnika przeczulonego lub za pomocą prądu galwanicznego. Jeżeliśmy téj pomocy nie dali, napad przechodzi w kurcze drgawkowe i tężcowe, podobne do napadu padaczki, przyczém występuje majaczenie z omamami, które w tym okresie mają barwę ciemną; chora widzi szczury, węże, noc ją otacza, oślepiając jéj wzrok itp.

Jeszcze i ten okres napadów hysterycznych nierzadko postrzegamy; widuję go na moim oddziale chorób wewnętrznych, przeznaczonym wyłącznie dla kobiet, dosyć często. Czasem łączy się z tym okresem drzenie ramion i rąk, niekiedy potrząsanie całém ciałem, zwykle wytężoném.

2) Okres wykręcań i ruchów wielkich miewa także różne postacie. Raz ruchy gwałtowne, rozległe nie mają żadnéj postaci, porządku ani taktu; innym razem są one uporządkowane i podporządkowane, zachowują pewien rytm i takt, jak np. rzucanie głową na poduszce w prawą i lewą stronę, wznoszenie stosu kręgowego w łuk do góry wygięty i ustawianie się w téj pozycyi na głowie i nogach, nagłe i taktowne przybieranie pozycyi siedzącéj, z któréj chora z wielką gwałtownością upada całym tułowiem swoim i głową na wznak, jak to postrzegamy już od dwóch lat na choréj Maryi Bor...., która często nawiedza mój oddział.

W drugim niejako ustępie tego okresu chore przybierają najdziwaczniejsze i najpotworniejsze skrzywienia odnóg, twarzy i tułowia, podobne, jak Charcot mniema, do gimnastycznych błazeństw, jakie wyprawiają po cyrkach konnych tak nazwani klauny (*clowns*), dlatego ten ustęp nazwał klaunizmem. Jest to bardzo rzadki rodzaj napadów histerycznych, którego sam nie widziałem oprócz na rysunkach w Salpêtrière i w książce powyżéj wymienionéj Charcota.

3) Okres postaw albo wyrażenia afektowego (*le periode des attitudes passionelles*). Chore w tym okresie przybierają postawę malującą na twarzy i w całym układzie ciała przestrach i trwogę, albo radość i rozkosz, niekiedy cynizm bezwstydny i lubieżność gwałtowną; przyczém występują omamy odpowiednie, albo strasznych krwawych scen, albo wybawienia przez kogoś, którego głośno zwią po imieniu. Omamy występują w tym okresie w czerwonéj barwie krwi. Któż

nie poznaje w tym okresie obrazu owego stanu sennego czyli hypnotycznego, zwanego zachwytem, ekstazą.

Namienić potrzeba, że każdy ustęp każdego okresu może być napadem dla siebie, albo może się złączyć z ustępem innego okresu, przez co obrazy kliniczne napadów hysterycznych w przypadkach poszczególnych będą rozmaite, i pozornie jakby coś przypadkowego nieprawidłowego przedstawiają się obserwatorowi.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Listy z Warszawy.

II.

(Czynności obywatelskiego podkomitetu sanitarnego.)

Dżuma, która w początku roku bieżącego tak bardzo całą Europę zaniepokoiła, więcéj zrobiła nam dobrego niż złego. Kiedy rozmaite deputacyje, komitety itd. zaczęły się zajmować kwestyją: jak odwrócić od nas tę plagę, jak powstrzymać bieg téj epidemii, w razie gdyby ku Warszawie się skierowała, musiano zwrócić uwagę na tę ważną okoliczność, iż obecny stan sanitarny Warszawy jest bardzo opłakany i że każda epidemija, któraby do niéj była zawleczoną, szerzyłaby się w sposób przerażający. Zaczęto więc myśleć poraz pierwszy na seryjo o środkach asenizacyjnych. Powstał naprzód komitet ustanowiony przez General-Gubernatora, ale ponieważ do składu takowego weszły osoby mało z tutejszemi stosunkami obeznane, więc postanowienia jego żadnéj praktycznéj wartości nie miały. Staraniom Prezydenta miasta udało się wyjednać u Władzy pozwolenie do zwołania innego komitetu z obywateli kraju i miasta złożonego; skutkiem tego komitet ten nazwany został podkomitetem sanitarnym obywatelskim. Ponieważ podkomitet ten nazywa się sanitarnym i za zadanie sobie położył polepszyć warunki hygijeniczne Warszawy, więc przypuszczać należało, że w skład jego wejdą lekarze hygijeniści, jako jedynie kompetentni w rozstrzyganiu tego rodzaju kwestyj. W Warszawie jednak tak mało są z temi sprawami obznajomieni, że elementarna ta zasada, którą nie już doświadczenie, ale sama logika wskazuje, najzupełniéj została pominiętą. Na posiedzenia komitetu hygijenicznego powinniby być wzywani: chemicy, inżynierowie miejscy, architekci itd. i głos ich nadzwyczaj może być pomocnym, ale absolutną przewagę mieć powinni lekarze hygijeniści. Tymczasem do komitetu naszego sanitarnego zaproszono aż 55ciu członków, a pomiędzy nimi znalazło się tylko pięciu lekarzy! (6ty później wstąpił). Pozostałą cyfrę zapełniają: bankierzy, adwokaci, obywatele ziemscy i miejscy, szambelanowie dworu, inżynierowie, chemicy, właściciele fabryk, kupcy warszawscy etc. Wystawcie sobie taki skład komitetu hygijenicznego, wyrokującego o tém: czy doły kloaczne są szkodliwe dla zdrowia i czy należy je skasować, albo czy wodę do picia dostarczać Warszawie z Wisły, czy też z Jeziorny sprowadzać, albo czy wentylacyja dzisiejszych kanałów miejskich jest wystarczającą, wystawcie sobie powiadam to grono rozstrzygające te tak ważne dla nas kwestyje i ... *risum teneatis amici?* Dla wykazania do jakiego stopnia niejasne mają pod tym względem u nas pojęcia, posłużyć może fakt następujący: na pierwszém posiedzeniu podkomitetu sanitarnego postanowiono wydelegować komisyję, która miała ułożyć szczegółowy plan asenizacyi miasta Warszawy; otóż kiedy układano listę członków téj komisyi i na czternaście osób niewięcéj niż czterech wpisano lekarzy, dały się słyszeć głosy: „już dosyć tych lekarzy“. Więc nawet rzecz tak specyjalną jak szczegółowy projekt asenizacyi miasta nie chcieli ci panowie powierzyć opiece lekarzy.

Konsekwencyje takiego stanu rzeczy łatwo było przewidzieć. Komisyja wzmiankowana złożona z 15 osób (później przybrano jeszcze Dra Markiewicza) wypracowała rozmaite szczegóły odnoszące się do polepszenia warunków zdrowotnych Warszawy; szczegóły te poszły do zatwierdzenia podkomitetu. Podkomitet sanitarny odbywa obecnie raz na tydzień posiedzenia i roztrząsa punkt po punkcie ów projekt komisyi. Dyskusyje ich porównać można z rozprawami ślepych o kolorach, przedewszystkiém trzeba ich wszystkich z elementarnemi zasadami hygijeny zaznajamiać. Kiedy np. mowa była o kanalizacyi w Warszawie, jeden z członków podkomitetu, objawił swoją wątpliwość co do skuteczności tego środka asenizacyjnego, a opierał tę swoją opinię . . . sądzicie, że na ostatnio wygłaszanych zdaniach przez Reclama w Lipsku? nie, twierdził on, że przed 16tu laty pewien jenerał rosyjski, przyjechawszy z Londynu, złożył raport byłéj jakiejś komisyi czy Radzie administracyjnéj, że tam taki jest smród, że wytrzymać nie można! raport ten, jak zapewniał ów członek, złożony nawet jest w archiwach wymienionéj władzy! Trzeba było dopiero objaśniać owego hygijenistę, kiedy kanalizacyja zaprowadzoną została w Londynie i jakie ma hygijeniczne znaczenie. Innym razem, kiedy mowa była o braku wody do picia w Warszawie, jeden z obecnych zaręczał, że w swojém podwórzu taką ma studnię, że sto tysięcy ludzi codzień mógłby z niéj napoić. Jakże wielką racyją miał Juvenal, kiedy przed 18ma wiekami zawołał: *difficile est satiram non scribere!*

Ten brak kompetencyi podkomitetu sanitarnego najlepiéj się ujawnił przy następującéj okoliczności. Wiadomo, jak niesłychanie ważną jest rzeczą wiedzieć dokładnie liczbę zmarłych i choroby, które śmierć w danéj miejscowości sprowadziły. Otóż daty takie statystyczne zbierają się u nas w następujący sposób: policyja nie wydaje nikomu pozwolenia pochowania ciała zmarłego, kto nie dostarczy jéj świadectwa lekarza, który nieboszczyka leczył, z jakiéj mianowicie choroby umarł. Ponieważ jednak bardzo wiele ludzi umiera bez pomocy lekarza, więc postanowiono, że w takim razie medyka ma zastąpić rządca domu (tam gdzie niema takowego zapewne stróż!). Otóż wszystkie kartki z dyjagnozą przez takie indywidua podane posyłane bywają do biura statystycznego, gdzie je zestawiają i co tydzień ogłaszają: ile osób i z jakich chorób w Warszawie umarło. Cała statystyka śmiertelności Warszawy, którą we wszystkich gazetach ogłaszają, takie ma źródło i na takich glinianych opiera się nogach. Nie dosyć na tém, gdyby choć te kartki były skrupulatnie spisywane i zbierane, to mielibyśmy choć przybliżone do prawdy liczby statystyczne, ale cóż się pokazuje? Zaraz dowiadujemy się z rozkazu dziennego Ober-policmaistra m. Warszawy, że policyja tak niedbale wywiązuje się ze swego zadania, iż w przeciągu niespełna roku nie mniéj niż parę tysięcy takich kartek zbrakło, o czém łatwo było się przekonać, zestawiwszy ilość przypadków śmierci przez te kartki dostarczonych z raportami dozorów cmentarnych o ilości ciał pochowanych na cmentarzach różnych wyznań. Taki smutny stan rzeczy gwałtownéj wymaga reformy i komisyja sanitarna bardzo słusznie zaprojektowała obowiązkowe oględziny pośmiertne dokonywane przez lekarzy. Oględziny takie, po-

mijając już możliwość pochowania żywego człowieka, mają jak wiadomo cel potrójny: 1) dostarczanie w ogóle dokładnych liczb statystycznych, 2) wykrycie zbrodniczego zgładzenia ze świata, które mogłoby bez tego ujść baczności władzy policyjnéj i 3) jak najspieszniejsze wykrycie pojawiającéj się w danéj miejscowości epidemii. Dowiedzenie się choćby tylko o kilku przypadkach np. błonicy albo duru, które się w jednym domu albo w jakiejś dzielnicy miasta pokazały, niesłychanie jest ważne z powodu możliwości wstrzymania biegu epidemii, dopóki zbyt wielkich nie przybrała rozmiarów. Wszystko to są rzeczy elementarne, o których każdy lekarz wie dobrze, ale trudno żądać takich wiadomości od fabrykantów, szambelanów, senatorów itd. Otóż kiedy powyższa kwestyja przyszła pod obrady podkomitetu sanitarnego natrafiła tam na opozycyję, a jak się *Medycyna* wyraża, „jeden z najpoważniejszych członków podkomitetu“ (Sprawozdawca Medycyny nie objaśnił nas, jakiéj skali używa do oceniania większéj lub mniejszéj powagi pojedyńczych członków podkomitetu!) wypowiedział obawę, że urządzenie to narazi ludność ubogą na nowy wydatek. Ponieważ lekarze, którzy się mają zajmować oględzinami pośmiertnemi płatni będą z kasy miejskiéj, więc zainterpelowano go o jakim wydatku właściwie mówi; z otrzymanéj na to odpowiedzi przekonano się „że wyrażona obawa wydatku równa się obawie o nadużycie pieniężne ze strony projektowanych urzędników lekarskich“. Przeszła karyjera najpoważniejszego członka podkomitetu może go w rzeczy saméj usposabiać pod pewnym względem do takiego pesymistycznego zapatrywania się pod tym względem na tę sprawę i nie dziwimy się bynajmniéj, że się tak, a nie inaczéj odezwał, ale dziwimy się sprawozdawcy *Medycyny*, że całą tę niesmaczną dyskusyję, któréj tu już bliżéj opisywać nie będę, ale w któréj padły między innemi wcale nie parlamentarne wyrazy „wygonić złodziei“ ogłosił. Co innego jest wytykać nadużycia przez tego lub owego urzędnika lekarskiego popełniane, a co innego potępiać ogółem i ryczałtowo. Z tego widzimy jak sprawy sanitarne Warszawy w owém gronie hygijenistów są traktowane. Rzecz prosta, że przy takim stanie rzeczy wielu członków podkomitetu, czując swoją nieudolność w obec rozbieranych spraw, a może po części nudząc się na owych posiedzeniach jak na tureckiém kazaniu, absentuje się dosyć często. Leży to w naturze nieumiejętnie unormowanych stosunków, nie wynika bynajmniéj z zaniedbywania obowiązków względem ogółu, a wszelkie nauki moralne przez niektóre gazety z tego powodu dawane i wszelkie ubolewania nad tém, jak u nas nikt nie chce poświęcać czasu i pracy dla publicznego dobra, są czczą i nic nie znaczącą deklamacyją. Tak tedy do podkomitetu naszego śmiało zawołać można wraz z Laertesem: *Too much of water hast thou*!

Przechodząc do praktycznych rezultatów, jakie osiągnięto, lub jakie w przyszłości osiągnąć się dadzą z czynności owego podkomitetu sanitarnego, to przedewszystkiém zaznaczyć wypada, iż ma on tylko głos doradczy; pomimo to nie wątpię, iż nastąpią pewne polepszenia warunków sanitarnych w Warszawie. Hygijeniści członkowie dzisiejszego podkomitetu nie wiele się do tego przyczynią, ale sprężyną wszystkiego jest i będzie dzisiejszy Prezydent miasta. Największe uznanie i wdzięczność należy się od mieszkańców Warszawy Jenerałowi Starynkiewiczowi za jego uczciwe, szlachetne a energiczne zajęcie się sprawami zdrowotnemi naszéj stolicy; skrzętnie zajmuje się on zbieraniem wiadomości i rad światłych odnoszących się do ulepszeń zdrowotnych w mieście naszém, a jeżeli projektowana budowa kanalizacyi przyjdzie do skutku jak obiecują w przyszłym roku, to będzie to najwspanialszym pomnikiem jego pożytecznéj działalności u nas.

W sprawie asenizacyi miasta nieponiemne zasługi położył także Dr. Markiewicz. Jestto jedyny hygijenista u nas; pracuje on od lat kilkunastu na téj niwie, a obecnie był sekretarzem owéj komisyi, o któréj wyżéj wspomniałem, oraz niestrudzonym członkiem i sprawozdawcą wszystkich delegacyj, komisyj, podkomisyj etc.

Wkrótce napiszę wam o projekcie kanalizacyi i zaopatrzenia miasta w wodę.

Warszawa dnia 11 października 1879 r. β.

Otrzymaliśmy list następujący, który w całości umieszczamy.

Szanowny Kolego Redaktorze!

W N. 40 „Przeglądu Lek.“ oceniając dzieło psychijatryczne Dra Rothego wydane przez Stow. do wyd. dzieł lek. polskich, Szanowny Kolega na str. 470 uczynił niektóre zarzuty przeciwko słownictwu użytemu w téj książce, którychto uwag nie mogę pozostawić bez odpowiedzi.

Wiadomo było Szanownemu Koledze, (ze słówka od wydawcy na początku książki), że za nomenklaturę w tém dziele jestem odpowiedzialny; przesadną zatém była delikatność, w skutek któréj mając przeciw słownictwu zarzuty, Szanowny Kolega nie wspomniał, że owe usterki, rzekomo do babilońskiego pomięszania prowadzące, nie ciążą na autorze, lecz na mnie.

Gdyby zarzuty były słuszne, wdzięczniebym je przyjął; ponieważ zdaniem mojém są nietrafne, uważam sobie za obowiązek je odeprzeć.

1) Niepodoba się Szanownemu Koledze, że wyraz „*Dispositionsfähigkeit*“ przetłumaczyłem przez „rozporządliwość“, nie zaś przez „rozrządzalność“. Otóż przymiotniki na „alny“ odpowiadają formie biernéj (wybieralny, namacalny, poruszalny itp.), końcówka na „liwy“ zaś, formie czynnéj (gniewliwy, płaczliwy, ruchliwy itp.): a zatém „rozrządzalny“ oznacza tego, którym można rozrządzać; „rozporządliwy“ zaś — tego, który może rozporządzać (swą osobą i mieniem).

2) Do „babilońskiego“ właśnie zamięszania poprowadziłaby nasz język dowolność, z którą Szanowny Kolega twierdzi, że „wyobraźnia“ jest to samo co „fantazyja“ i że „*Das Vorstellen*“ tłumaczy się przez „myślenie“ lub „wyobrażenie“. Na taką terminologiję psychologiczną zgodzić się niepodobna: albowiem myślenie, to po niemiecku = *Das Denken*, wyobrażenie = *Die Vorstellung*; „wyobraźnia“ zaś jest co innego, a „fantazyja“ co innego. „Wyobraźnia“ (= *Das Vorstellungsvermögen*), którego to wyrazu słusznie użyto np. na str. 33 w dziele Dra Rothego, jest to władza duszy odtwarzająca w nas wrażenia świata zewnętrznego; „fantazyja“ zaś czyli imaginacyja jest władzą poniekąd twórczą, która z wrażeń zewnętrznych, juzto je przerabiając, jużto inaczéj grupując itd., tworzy nowe obrazy. Tamta odznacza się wiernością, ta ostatnia dowolnością.

3) Nieznalazło łaski u szanownego Kolegi „podniecenie szalone“, ponieważ „zdawać by się mogło że podniecenie oszalało“. Na to tylko odpowiem, że się mówi: „ruch szalony, mowa szalona itp.“, chociaż nikt nie przypuszcza, żeby ruch albo mowa oszalała.

4) Najnieodpowiedniéj, zdaniem szanownego Kolegi, przetłumaczono w dziele Dra Rothego „*partielle Verrücktheit*“ przez „obłąkanie częściowe“ zamiast „pomięszania częściowego“. Otóż wziąwszy wyraz „obłąkanie“ w znaczeniu obszerniejszém (= *mania, folie, Irrsein*), sądziliśmy, że wyraz „*mania generalis*“ (*Wahnsinn*) najodpowiedniéj jest przetłumaczyć przez „obłąkanie ogólne“, a „*mania partialis*“ (*monomania, partielle Verrücktheit*) przez „obłąkanie częściowe“. Zresztą wszak przyznać trzeba, że w nomenklaturze tak zawikłanéj, jaką jest dotychczas psychijatryczna, doktrynerstwem byłoby domagać się wszędzie bezwarunkowéj konsekwencyi: dosyć jeżeli niema w niéj rażących sprzeczności. Z tego to powodu uwagi szanownego Kolegi co do wniosków, jakie wyprowadzić by trzeba o względnym sto-

pniu dwóch chorób oznaczonych nazwą obłąkania ogólnego i częściowego, nie potrafią przekonać o tém, że w książce Dra Rothego zaprowadzono „niefortunnie“ nomenklaturę.

5) Nareszcie co do ostatniego zarzutu: jeżeli w dziele Dra Rothego powiedziano na str. 123: „Idyjotyzm czyli niedołęztwo wrodzone“, to jest to tylko wyrażenie skrócone w tytule, bo o kilka wierszy poniżéj w tekscie znajduje się bliższe określenie, że idyjotyzm bywa wrodzony lub w pierwszych latach dziecięcych nabyty.

Uprzejmie upraszając szanownego Kolegę o zamieszczenie téj odpowiedzi w Przeglądzie Lek., łączę koleżeńskie pozdrowienie.

W Krakowie dnia 15 paźdz. 1879 r.

Prof. Dr. Janikowski.

Do listu powyższego niechaj nam będzie wolno dodać kilka słów repliki. Uczyniwszy w ocenie dziełka kol. Rothego kilka uwag nad słownictwem powodowaliśmy się tylko względem na przedmiot a nie na osobę. Powszechném jest narzekanie kolegów, że poprawiając ustawicznie piękny nasz język czynimy go wprost niezrozumiałym, zwłaszcza dla tych, którzy mieszkają zdala od kuźni wyrazów. (Skargę tę słyszeliśmy i od jednego z najbardziéj zasłużonych kolegów, który nadto dodał, że nierównie więcéj mielibyśmy czytelników, gdybyśmy pisali po polsku). Znalazłszy zaś w dziełku Dra Rothego słownictwo znacznie różniące się od przyjętego w Krakowie mniemaliśmy, że ono jest warszawskiém, i że usterki ciążą na autorze a nie na szan. wydawcy, który przecie sam w Uzupełnieniu słownika pp. Skobla i Kremera wyraz *Verrücktheit* tłumaczy przez „spaczenie umysłu“, a nie przez „obłąkanie“, chociaż o wiele odpowiedniejszém jest tłumaczenie podane w Słowniku wyrazów prawniczych i administracyjnych, który wyszedł staraniem i nakładem c. k. Akademii Umiejętności, tłumaczenie: „pomięszanie ogólne i częściowe“. W tymże słowniku i w słowniku pp. Skobla i Kremera „*Dispositionsfähigkeit*“ tłumaczono przez „rozrządzalność,“ „*idiotismus*“ przez „niedołęztwo, głupowatość“ (w słowniku pp. Skobla i Kremera przez „niedołężność, głupotę“). Czyż w obec tego potrzeba jeszcze zmian nowych i czy ciągłe zmienianie wyrazów dobrych, a co ważniejsza w praktyce już utartych, obok postawienia „własnowolności“ na równi z „rozporządliwością“, nie prowadzi do pomięszania, mniejsza o to, czy babylońskiego lub polskiego? Choćbyśmy się dla miléj zgody nie uparli przy zarzutach co do wyrazów: „rozporządliwość“ i „wyobraźnia“, jakkolwiek ostatni nietylko w mowie potocznéj oznacza „fantazyję“ (porówn. słownik pp. Skobla i Kremera), to żadną miarą zgodzić się nie możemy na wyrazy „podniecenie szalone“, choćby się równie źle mówiło „mowa szalona lub ruch szalony“, a dziwimy się, że szan. Wydawca nie przyznaje, że odpowiedniejszemi są wyrażenia „podniecenie szałowe“. Również sądzimy, że nie słusznem jest posądzenie o doktrynerstwo, jeżeli się „domaga wszędzie bezwarunkowéj konsekwencyi w nomenklaturze tak zawikłanéj, jaką jest dotychczas psychijatryczna“; bez ścisłéj konsekwencyi bowiem nigdzie, a tém samém i w słownictwie, ładu nie zaprowadzimy. Ale mniejsza o konsekwencyję i doktrynerstwo, powtarzamy pytanie: czy zachodziła tak ważna potrzeba zmienienia utartych już wyrażeń „pomięszanie częściowe“ na „obłąkanie częściowe“, i czy jest choćby warunkowa w tém konsekwencyja, jeżeli o człowieku, który przebył „obłąkanie ogólne“ a popadł w chorobę nierównie gorszą, nieuleczalną, jeżelibyśmy o tym człowieku mówili, że obecnie cierpi na „obłąkanie częściowe“? Otóż przeciw temu nowatorstwu językowemu podnieśliśmy głos oddawszy poprzednio należyte uznanie staranności i poprawności wydania. Po téj poprawności i staranności poznaliśmy szan. wydawcę, przypuszczając, że przez wzgląd na autora nie zmienił kilku wyrażeń nieodpowiednich, które jednak, jak wyraźnie dodaliśmy, nie czynią ujmy całości dzieła. Być może, że zapatrywania nasze były mylne, jednak nie żałujemy polemiki przez nie wywołanéj, skoro ona, daleką będąc od wszelkich wycieczek osobistych, posłużyć może do usunięcia pewnych wątpliwości w słownictwie naszém lekarskiém, na czém wyłącznie jednéj i drugiéj stronie zależy.

Prof. Blumenstok.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. Ospa nie zmieniła się w Londynie. Umarło 4, leczy się w szpitalach 45, zapadło świeżo 4. W innych miastach umarło więcéj, w Paryżu 20, w Petersburgu 9, w Bukareszcie 6, w Budapeszcie 3. Z duru osutkowego umarło w Londynie 2, w Wiedniu, Petersburgu, Warszawie i Bukareszcie po 1. Płonica rozszerzyła się więcéj w Bukareszcie bo umarło 30 osób.

W tygodniu 41 umarło w Krakowie 6 osób z chorób zakaźnych: 3 z ospy nieszczepione (w ul. Łobzowskiéj L. 100, w ulicy Zwierzynieckiéj L. 30 i w ul. Kanonnéj L. 128); 1 z płonicy; 2 z dławca (na Podbrzeziu L. 109), a doniesiono: o 8 przypadkach ospy (1 z ul. Krzyżowéj L. 39, 1 z ul. Dolnych Młynów L. 29, z ul. Długiéj L. 2 z pod L. 43 i 1 z pod L. 1, z ul. Grodzkiéj L. 55 i 1 z ul Łobzowskiéj L. 100); 3 płonicy (1 z ul. Straszewskiego L. 11, 1 ze szpitala 1 z ul. Siennéj L. 465); 7 duru brzusznego (1 z ul. Brackiéj L. 157, 3 z ul. Floryjańskiéj L. 349, 1 z ul. św. Rocha L. 461, 1 z ul. Karmelickiéj L. 161, 1 ze szpitala św. Łazarza); 1 czerwonki (z ul. Szerokiéj L. 237).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 40 umarło w Krakowie na rok i 1.000 mieszkańców 23,0; we Lwowie 26,8; w Warszawie 23,6; w Poznaniu 31,4; w Wiedniu 24,1; w Budapeszcie 34,2; w Pradze 26,4; w Tryjeście 33,7; w Berlinie 24,3; w Hamburgu 24,6; w Monachijum 35,5; w Wrocławiu 27,0; w Dreznie 20,5; w Lipsku 21,8; w Bazylei 15,8; w Brukseli 23,4; w Paryżu 24,7; w Londynie 19,0; w Chrystyjanii 19,3; w Odesie 43,3; w Bukareszcie 38,5; w Petersburgu 39,6.

J. B.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 16 października. Według zawiadomienia przesłanego nam przez c. k. Namiestnictwo we Lwowie egzamin dla lekarzy rządowych odbędzie się tego roku, jak zwykle, w połowie listopada w Krakowie, dla weterynarzy zaś rządowych we Lwowie.

* D. 11 bm. odbyła się w Wiedniu inauguracyja rektora w auli uniwersyteckiéj w zwykły sposób uroczysty. Nowowybrany rektor prof. Brücke obrał sobie za temat wykładu kwestyję sporną: czy studyja klasyczne, uprawiane w gimnazyjach naszych, są potrzebne dla kandydata poświęcającego się medycynie, lub czy należy przyjmować na wydział lekarski i takich kandydatów, którzy albo żadnéj nie posiadają znajomości języków starożytnych, lub bardzo szczupłą? Szan. rektor uznaje w przemówieniu swém szkoły realne jako niedostateczne do kształcenia wstępnego przyszłych lekarzy i oświadcza się stanowczo za wykształceniem klasyczném a to głównie z powodów moralnych, aby ten który obiera sobie zawód połączony z tak wielką odpowiedzialnością moralną, nie wykonywał go wyłącznie ze stanowiska materyjalnego. Nie wiemy, czy wykład ten, w każdym razie ciekawy i ważny, będzie drukiem ogłoszony, ale pragnęlibyśmy poznać dokładnie zapatrywania znakomitego fizyjologa, zwłaszcza gdy takowe różnią się dość znacznie od zdania wygłoszonego niedawno przez Virchowa na Zjeździe międzynarodowym w Amsterdamie, a któremu to zdaniu również słuszności odmówić nie można. Miałżeby prof. Brücke właśnie dlatego obrać sobie ten sam temat, aby przeciwne swoje zapatrywanie wygłosić? Tém bardziéj byłoby wskazaném ogłoszenie wykładu.

Właśnie otrzymujemy Nr. 42 *W. med. Blätter*, które zamieszczają *in extenso* mowę prof. Brückego; ponieważ jednak druk numeru naszego już się kończy, powrócimy do tego wykładu w numerze przyszłym.

* Dr. medycyny książe Teodor bawarski ogłosił w archiwie Graefego rozprawę pt. „*Beiträge zur Anatomie u. Physiologie des Glaskörpers*“. Nie jest to pierwsza praca księcia-doktora, który, jak Czytelnicy nasi sobią przypomną, brał żywy udział w Zjeździe lekarzy i przyrodników niem. w Monachijum.

* Redakcyja „Wędrowca“ w Warszawie uprasza nas o zawiadomienie tych kolegów, którzy są współpracownikami Słownika jeograficznego polskiego, że w d. 15 listopada rb. pierwsze litery alfabetu oddane zostaną do druku i że 1 zeszyt słownika wyjdzie z pewnością w pierwszych dniach stycznia 1880 roku.

* **Mianowania i odznaczenia**. Docent prywatny w Berlinie Dr. Gad mianowany został asystentem w zakładzie fizyjologicznym prof. Ficka w Würzburgu. — Dr. Bernard Körber

mianowany prof. medycyny rządowéj w Dorpacie. — Rada sanitarna dolno-austryjacka jednogłośnie przedstawiła docenta Dra Jana Chiarego na prosektora w szpitalu Rudolfa we Wiedniu (po prof. Klobie). — Docent Dr. Hüttenbrenner mianowany został lekarzem ordynującym w nowo zbudowanym szpitalu dla dzieci w obwodzie IX m Wiednia. — Dr. Riedl, były asystent prof. Spätha we Wiedniu, mianowany został lekarzem przybocznym Arcyksiężniczki Krystyny, przyszłéj królowéj hiszpańskiéj.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł d. 2 bm. Dr. Devergie (nie wiemy jeszcze który).

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 15: Dr. R. Róża pełzająca po całém ciele; *Medycyny* Nr. 41 nie otrzymaliśmy.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Środę dnia 22 b. m. o godz. 5 popoł. posiedzenie, na którém: 1) odczytaną zostanie wiadomość o limanach Odeskich podana przez Dra Sakowicza, 2) Dr. Lutostański oceni wartość borowiny i soli Morszyńskiéj, 3) Przewodniczący poruszy sprawę stosunku lekarzy zdrojowych do lekarzy domowych.

Sprostowanie. Na str. 479, szpalta 1, wiersz 3 od góry, zamiast treatement ma być treatment, wiersz 10 zamiast Guthie ma być Guthrie, wiersz 30 zamiast Brininghausen ma być Brüninghausen, szpalta 2. wiersz 4 zamiast Aewre ma być Oewre.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 25 października 1879. **№ 43.** Rok XVIII.

I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

I.

Wstęp do sprawozdania

przez Prof. Dra **Korczyńskiego**.

Klinika lekarska krakowska składa się z kliniki stałéj i ruchoméj. Pierwsza obejmuje 24 łóżek, w drugiéj udziela się rady lekarskiéj chorym przychodnim, którzy w pewnych godzinach zgłaszają się po takową.

Klinika stała, tak jak większa część klinik krakowskich, jest zupełnie odosobnioną od szpitala i nie stoi z takowym w żadnym bliższym stosunku z wyjątkiem prawa, jakie przysługa profesorowi klinicznemu przenoszenia chorych ze szpitala do kliniki i odsełania napowrót do szpitala tych chorych, którzy nie budzą dalszego zajęcia naukowego. Z prawa tego korzysta się jednak tylko w wyjątkowych przypadkach, a to z licznych powodów, między któremi nietylko odległość od szpitala i brak dostatecznéj posługi klinicznéj, ale co najważniejsza wytworne w porównaniu z kliniką urządzenie obecne szpitala powszechnego, a zwłaszcza oddziałów dla chorych wewnętrznych, oraz wynikająca ztąd niechęć chorych przenoszenia się do daleko mniéj wygodnie urządzonéj kliniki, główną odgrywają rolę. Z tego powodu klinice stałéj dostarcza chorych przeważnie ambulatoryjum kliniczne i praktyka prywatna profesora, a dosyć często uprzejma względność kolegów tak miejscowych, jakoteż niekiedy w znacznéj odległości od Krakowa praktykujących.

Klinika ruchoma nie jest polikliniką w ścisłém tego słowa znaczeniu, gdyż chorych nie odwiedza się w ich mieszkaniach, lecz zgłaszającym się udziela się rady w saméj klinice. Ażeby ukończonym uczniom dać sposobność do zapoznania się z warunkami i trudnościami praktyki domowéj, powziąłem wprawdzie w początkach mego zawodu nauczycielskiego zamiar urządzenia prawdziwéj polikliniki, jednakże po kilkunastu próbach w tym kierunku, z powodu stosunków miejscowych, od zamiaru tego odstąpiłem, ograniczając się do prowadzenia bądźto osobiście, bądź przez asystenta klinicznego ambulatoryjum publicznego dla uczniów, podczas gdy takowe od czasu ustąpienia prof. Brodowicza odbywane przez profesora lub asystenta, dla uczniów było niedostępne.

Liczba chorych leczonych w klinice stałéj w ciągu pierwszych czterech lat wynosiła 620, a ilość ta rozkłada się na następujące działy chorobowe:

z chorobami narządu oddechowego 126 mężczyzn 71 kobiet, razem 197, (31·8%)
„ „ krążenia 29 m. 25 k., razem 54, (8·7%)
„ „ trawienia 53 m. 31 k., razem 84, (13·4%)
„ „ moczowego 25 m. 19 k., razem 44, (7%)
„ układu nerwowego 35 m. 26 k., razem 61 (9·9%)
„ części płciowych niewieścich 2 k., razem 2, (0·4%)
„ narządu ruchowego 23 m. 20 k, razem 43, (7%)
„ zakaźnemi 56 m. 37 k., razem 93, (15%)
„ skórnemi 8 m. 5 k., razem 13, (2·1%)
z ogólnemi zmianami odżywczemi 15 m. 14 k., razem 29 (4·7%).

Ilość mężczyzn wynosiła 370, kobiet 250. Zmarło 65 mężczyzn, 38 kobiet razem 103, co stanowi śmiertelność 16·6%. Odsetki śmiertelności względnie do ogólnéj liczby chorych w powyższych działach chorób rozkładają się jak następuje: narząd oddychania 20·3%, narząd krążenia 27·7%, trawienia 19·0%, moczowy 29·5%, układ nerwowy 3·2%, płciowy niewieści 50·0%, ruchowy 2·3%, choroby zakaźne 8·5%, skórne 7·7%, ogólne zmiany odżywcze 10·3%. Największa liczba zmarłych przypada na choroby narządu oddechowego (27 męż., 13 kob., razem 40).

Materyjał ten, na którym właśnie przeważnie opiera się obecne sprawozdanie, nie może być wcale miarą chorobliwości lub śmiertelności, nie tylko z powodu, że jest zanadto szczupłym, ale co ważniejsza, że do kliniki stałéj wybierano takich chorych, jacy byli potrzebni do doświadczeń lub celów dydaktycznych.

Ilość chorych w klinice ruchoméj wynosiła 4795,

a mianowicie 2880 mężczyzn, a 1915 kobiet. Po odciągnięciu 431 chorych bądź to wprost do odnośnych klinik odesłanych, bądź też z wątpliwém rozpoznaniem, lub przez pomyłkę przy powtórném zgłoszeniu się na nowo zapisanych, pozostaje liczba 4364, która rozdziela się na pojedyńcze działy chorobowe w ten sposób, że najwięcéj chorych zgłaszało się z chorobami narządu oddechowego (28·7%), następnie z chorobami narządu trawienia (16·4%) i chorobami zakaźnemi, a przedewszystkiem zimnicą (14·1%); daleko rzadziéj z innemi chorobami, z pośród których jeszcze najczęściéj przydarzały się choroby układu nerwowego (9·1%), narządu ruchowego (8·9%) i ogólne zmiany odżywcze (6·1%). Z chorobami narządu krążenia, jak niemniéj z chorobami narządu moczowego spotykano się stosunkowo rzadko, odsetek częstości pierwszych wynosił bowiem 3·1%, drugich 3·4%.

Częstość, z jaką w pojedyńczych latach pojawiały się choroby narządu oddechowego i narządu ruchowego, a więc choroby, na które czynniki meteorologiczne pewien wpływ wywierać mogły, zachowywała się prawie odwrotnie, gdyż z chorobami narządu oddechowego zgłaszało się najwięcéj chorych w r. 1875 (33·7% ogólnéj liczby), mniéj w roku 1877 (28·2%) i w r. 1876 (27·7%), a najmniéj w r. 1878 (25·4%); podczas gdy choroby narządu ruchowego prawie z równą częstością przydarzały się w latach 1876 (9·3%), 1877 (9·4%) i 1878 (9·2%), zaś najrzadziéj w r. 1875 (7·4% ogólnéj liczby chorych). Częstość chorób zakaźnych wzrastała z każdym rokiem, gdyż wynosiła w r. 1875 10·8%, w r. 1876 13%, w r. 1877 15·6%, a w r. 1878 16·6% ogólnéj liczby chorych.

Nie odróżniając płci, najwięcéj chorych zgłaszających się liczyło od 20 — 30 lat, nieco mniéj od 30 — 40 lat, tak że chorzy między 20 — 40 r. życia stanowili tylko nieco mniejszą połowę wszystkich chorych. Kobiety między 10 — 20 rokiem życia zasięgały rady nieco częściéj, aniżeli mężczyzni w tym wieku. Dzieci do lat 10 przyjmowano tylko wyjątkowo i prawie zawsze odsełano do kliniki dla chorób dziecięcych.

Największy ruch chorych bywał w miesiącach maju i czerwcu, najmniejszy w grudniu. Od 15 lipca do 10 październik z powodu wakacyj uniwersyteckich zamykano tak klinikę stałą, jakoteż ambulatoryjum.

Uważając różnoplemienność jako ważny czynnik wpływający na częstość pojawiania się rozmaitych chorób, namienić muszę, że nieco mniéj niż $^1/_5$ część wszystkich chorych przychodnich stanowili żydzi, i że różnica w częstości poszczególnych chorób najwyraźniéj uwidoczniała się w rozedmie płucowéj, z którą tylko wyjątkowo spotykano się u żydów i w chorobach układu nerwowego, gdzie największą część przypadków dostarczali żydzi. Prawie z każdym rokiem liczba żydów szukających pomocy w klinice zwiększała się, tak że w roku 1878 liczba mężczyzn wynosiła 20·7% a liczba kobiet 29·4% wszystkich chorych.

Ludność krakowska dostarczała w przecięciu około 40%, zaś ludność niekrakowska, w przeważnéj części z okolicznych włościan i małomieszczan złożona, w przecięciu około 60% chorych z równym współudziałem obiedwu płci.

Ponieważ do ambulatoryjum zgłaszają się tylko najuboższe warstwy społeczeństwa i to przeważnie z chorobami przewlekłemi, przeto cyfry powyższe mają tylko względną wartość statystyczną, i dopiero w porównaniu ze statystyką szpitala powszechnego i statystyką chorobliwości i śmiertelności miejskiéj, mogą rzucić niejakie światło na częstość poszczególnych chorób przewlekłych u naszych klas pracujących. Ponieważ nadto chorzy przychodni, jak to w części z natury rzeczy wynika, a w części wypływa ze znanéj powszechnie indolencyi téj części społeczeństwa naszego, która szuka pomocy w klinice, w przeważnéj liczbie tylko raz się zgłaszali i przez to uniemożebniali dostrzeganie dalszego przebiegu choroby, a nadto ponieważ zapiski odnoszą się bardzo często tylko do najważniejszych szczegółów z wywiadów, stanu obecnego i zaleconego leczenia, przeto sprawozdanie z kliniki ruchoméj ma również tylko bardzo małe znaczenie naukowe. Z tych to powodów spostrzeżenia z ambulatoryjum (zestawieniem których zajęli się pp. kand. med. Schramm i Aronsohn) stanowią tylko materyjał dodatkowy do sprawozdania z kliniki stałéj.

Jeżeli więc mimo ogłaszania prac szczegółowych, najczęściéj doświadczalnych i osobnych opisów kazuistycznych rzadszych przypadków chorobowych, powziąłem jeszcze zamiar ogłoszenia sprawozdania z tak szczupłéj liczby przypadków, i tak już w rozmaitych celach naukowych zużytkowanych, musiałem mieć ku temu jakieś ważniejsze powody, do wyjawienia których czuję się obowiązanym.

Każdy publiczny zakład leczniczy ma pewne obowiązki względem publiczności lekarskiéj, a polegają one w pewnéj części na ogłaszaniu peryjodyczném sprawozdań ze swych spostrzeżeń, czynności i osiągniętych skutków leczniczych. W poczuciu tego obowiązku większe szpitale zagraniczne ogłaszają oddawna roczniki, które jeżeli nie mają wprost większego znaczenia naukowego, stanowią jednakże cenny materyjał dla specyjalnych prac naukowych i statystycznych i z tego powodu bywają powszechnie cenione. Jako przykład przytoczę tylko roczniki szpitali wiedeńskich, szpitala Charité w Berlinie, lub szpitala Jerzego w Londynie. Że potrzeba takich roczników dotychczas istnieje, świadczy najlepiéj świeżo co rozpoczęte pod kierunkiem Ziemssena wydawnictwo roczników szpitali Mnichowskich. W kraju naszym, gdzie tak często panują epidemije i gdzie znajduje się tyle odmiennych od innych krajów warunków wpływających na chorobliwość i śmiertelność ogólną, z żalem wyznać należy, że bardzo mało posiadamy prac, któreby się zajmowały skreśleniem tych stosunków, tak dalece, że o częstości, lokalnych właściwościach i miejscowych przyczynach wielu chorób więcéj wiemy z kilku krajów na wpół dzikich, aniżeli z naszego w środku cywilizowanéj Europy położonego kraju. Sprawozdania szpitalne obok ogólnego naukowego celu, mają więc u nas drugi niemniéj ważny cel gromadzenia materyjału, dla bliższego poznania stosunków chorobowych miejscowych i są właśnie tym gruntem, na którym kosmopolityczna zresztą nauka służyć powinna dobru kraju. Poczucie tego obowiązku było więc jedną z pobudek do obecnéj pracy, pobudką tém ważniejszą, że po chlubnych zaczątkach ze strony szpitali lwowskich i krakowskich a w części i niektórych szpitali prowincyjonalnych, nie można się dopatrzyć żadnych dalszych prac w tym kierunku.

Ogłaszanie sprawozdań z klinik jest rzadziéj używane nawet tam, gdzie kliniki złączone są z oddziałami szpitalnemi, a wynika to już z samego urządzenia klinik, które przystępne większéj liczbie młodzieży lekarskiéj, żywém słowem i naoczném spostrzeganiem rozsiewają naukę i bogacą wiedzę, a tém samém obywać się mogą bez peryjodycznych sprawozdań. Jednakże jak w życiu codzienném, jak w każdéj gałęzi wiedzy, tak i w zawodzie klinicznym potrzebnym jest od czasu do czasu pewien obrachunek spożytkowanego

materyjału, rozpatrzenie się w nagromadzonych spostrzeżeniach, obliczenie i objęcie w jednę całość rozrzuconych szczegółów, a to w celu wyśledzenia ogólnych prawideł z przeszłości i wskazania nowych kierunków obserwacyi na przyszłość. Za przykład pożyteczności takich sprawozdań klinicznych posłużyć mogą sprawozdania Billrotha, Leberta, Leubego-Penzoldta i innych. To też i mnie niech nie będzie poczytane za złe pokuszenie się o przedstawienie czynności kliniki lekarskiéj z czterech lat, a to tem mniéj, o ile lata te są pierwszemi w moim zawodzie nauczycielskim, a więc tem potrzebniejszy jest obrachunek tego co dotychczas zdziałano.

Jeżeli medycyna wewnętrzna słusznie trzyma berło między naukami lekarskiemi i rzadko znajdzie się lekarz praktyczny, którvby jéj nie wykonywał, to przypuścić należy, że sprawozdanie z kliniki lekarskiéj nie powinno być obojętne dla lekarzy praktycznych. W wirze praktyki codziennéj, wśród stosunków nie sprzyjających naukowemu spożytkowaniu spostrzeganych przypadków, zapewne niejeden z lekarzy praktycznych chętnie zechce się zapoznać z wynikami spostrzeżeń klinicznych, a uwagi ogólne odświeżyć mu mogą w pamięci niejeden szczegół, na który dotąd mniéj zwracał baczności. Dla kolegów wspierających swym materyjałem klinikę, sprawozdanie niniejsze niechaj posłuży do ocenienia, o ile takowy starano się zużytkować dla dobra nauki i uczniów. Dla młodszych wychowańców téj kliniki niechaj będzie przypomnieniem spostrzeżeń, jakie sami widzieli i uwag, jakie słyszeli. Szereg prac klinicznych, ogłaszanych w dziennikach lekarskich, mógł posłużyć do wyrobienia sądu o kierunku naukowym wszczepianym między uczniów i młodszych lekarzy; obecne sprawozdanie może być miarą do ocenienia, o ile klinika lekarska krakowska wypełnia drugi, dla społeczeństwa i zawodu lekarskiego ważniejszy cel kształcenia młodzieży lekarskiéj i zaznajamiania takowéj z postępem i spółczesnem stanowiskiem nauki. Chcąc dać sposobność do wyrobienia tego sądu, w sprawozdaniu obecnem uwydatniano, gdzie należy, metodę badania i spostrzegania, jak niemniéj sposób pojmowania spraw spornych i ważniejszych zjawisk chorobowych.

Wreszcie pobudką do ogłoszenia téj pracy była zbliżająca się rocznica stuletniego istnienia klinik krakowskich i chęć uświęcenia téj uroczystéj chwili zbiorową pracą, skromną wprawdzie co do formy i treści, lecz zastosowaną do warunków mniéj korzystnych, wśród których, w porównaniu z wielu innemi, znajdują się kliniki krakowskie.

Wyjawiwszy powody ogłoszenia tego sprawozdania miło mi namienić, że grono młodszych lekarzy, a byłych moich uczniów, którym cel i pobudki sprawozdania przedstawiłem, z chwalebną chętnością podjęli się rozdzielenia pomiędzy siebie téj żmudnéj pracy, tak że takowa pojawi się jako praca zbiorowa, ujęta tylko — o ile się to uskutecznić dało, w jednolity sposób i kierunek opracowania.

Dla szczupłości materyjału z lat czterech, w niektórych chorobach, jak w chorobach nerek i stawów, w durach, dodano jeszcze przypadki chorobowe dostrzegane w roku szkolnym 1878/9. W podziale ogólnym chorób zachowano ten sam system, którego użyto w sprawozdaniu z oddz. chor. wewn. szpitala św. Łazarza w r. 1872 (zobacz Przegląd Lek. 1873), podczas gdy w kolejności poszczególnych chorób nie trzymano się ściśle poprzedniego wzoru, kładąc wszędzie naprzód choroby ważniejsze lub częstsze. Aby uniknąć powtarzania się opuszczono wszystkie spostrzeżenia, już poprzednio drukiem ogłoszone. Brak pracowni klinicznéj, i niedostateczność urządzenia kliniki jest przyczyną, dla któréj wiele szczegółów jest mniéj dokładnie spostrzeganych i opisanych, aniżeliby tego sobie życzyć należało.

II.
Choroby narządu oddechowego.
I. Zapalenie płuc dławcowe.

Opracował Dr. **St. Smoleński.**

W klinice stałéj leczono 54, w ruchoméj 66, razem 120 chorych, dotkniętych zapaleniem płuc dławcowém, co stanowi 8·7% wszystkich chorych w klinice stałéj, a 1·5% wszystkich chorych w klinice ruchoméj leczonych. Pomiędzy chorobami narządu oddechowego zapalenie płuc dławcowe wynosiło w klinice stałéj 34·4%, w ruchoméj 5·28% [1]). Jeżeli się uwzględni że chorych z zapaleniem płuc, jako pożądanych w celach klinicznych i demonstracyjnych przyjmowano do kliniki stałéj z pewną predylekcyją, i że do ambulatoryjum zgłaszają się chorzy przeważnie z chorobami przewlekłemi, to powyższe odsetki częstości zapalenia płuc uważać należy dla kliniki stałéj jako za wysokie, dla ruchoméj za niskie.

Zatrudnienie chorych leczonych w klinice stałéj rozkłada się w następujący sposób: 1) pomiędzy mężczyznami było: wyrobników i służących 18, murarzy 4, stolarzy, szewców i krawców po 2, jeden powroźnik, kaflarz, piekarz, blacharz, rzeźbiarz, posługacz kliniki i retuszer; 2) pomiędzy kobietami było: wyrobnic i służących 12, gospodyń wiejskich 5, jedna akuszerka i jedna wdowa po nauczycielu. Do kliniki ruchoméj zgłaszali się z zapaleniem płuc włóknikowém przeważnie wieśniacy i wieśniaczki, wyrobnicy i wyrobnice, a pośród mężczyzn uderzała częstość zapalenia płuc u murarzy.

Co do wieku i płci zauważano w klinice stałéj stosunek następujący:

Wiek	Mężczyzni	Kobiety	Razem
1 — 10	—	1	1
10 — 20	5	3	8
20 — 30	13	6	19
30 — 40	10	3	13
40 — 50	4	2	6
50 — 60	2	2	4
60 — 70	1	2	3
Razem	35	19	54

Do kliniki ruchoméj zgłaszały się częściéj kobiety w wieku podeszłym, aniżeli mężczyzni w tym wieku; nie odróżniając płci największa liczba chorych znachodziła się między 20 a 30 r., nieco mniejsza między 30 — 40 rokiem życia.

Z pośród ogólnéj liczby 54 chorych kliniki stałéj umarło 4 mężczyzn (lat 30, 33, 35, 46) i 2 kobiet (lat 62 i 68), razem 6 chorych, co stanowi 11·1% chorych leczonych na zapalenie płuc dławcowe, a 5·7% wszystkich przypadków śmierci [2]).

Co się tyczy wpływu pór roku na częstość pojawiania się téj choroby, to podają jako prawidło, że na lądzie

[1]) W ciągu lat 4 (1871 — 1875) przyjęto do oddziału mego w szpitalu św. Łazarza 507 chorych z zap. płuc dławcowém, co wynosiło 7·7% wszystkich chorych, a 26·8% chorób narządu oddechowego. *Korczyński.*

[2]) Śmiertelność z zap. płuc dławcowego wynosiła w szpitalu św. Łazarza w czasie od 1871 — 1875 r. bez odliczenia chorych przybywających w chwili konania 28·8%; co stanowi 11·3% wszystkich zmarłych. *Korczyński.*

stałym na zimę i wiosnę przypada $^2/_3$, na lato i jesień $^1/_3$ część przypadków. Po zliczeniu wszystkich przypadków z kliniki stałej i ruchomej, stosunek ten częstości ze względu na pory roku zachowuje się jak 9 : 5, przyczem namienić należy, że z powodu zamknięcia kliniki podczas feryj szkolnych, odpada część lata i część jesieni.

Choroba rozpoczynała się w 35 przypadkach kliniki stałej jednorazowym silnym dreszczem, z tych prawie połowa doznawać miała równocześnie klucia w piersiach. Według podania chorych dreszcz trwał $^1/_2$ — 2 godzin, wyjątkowo dłużej. W 4 przyp. namieniali chorzy o kilkurazowym dreszczu, a w 1 przyp. o lekkich tylko dreszczykach. W mniejszej liczbie przypadków dreszcz poprzedzały inne objawy, które nie różniły się niczém od zwiastunów poprzedzających choroby zakaźne i trwały od 1 — 3 dni, co uprawnia nas do wniosku, że w zapaleniu płuc częściéj przydarza się okres zwiastunów *(stadium prodromorum)*, aniżeli podaje wielu autorów. W pozostałych 14 przyp., w których wcale nie było dreszczu, rozpoczynała się choroba ogólném osłabieniem, kaszlem, kluciem, biegunką, uczuciem znużenia i ogólnéj niedogody. Obecność lub brak dreszczu lub okresu zwiastunów, nie ma, o ile się zdaje znaczenia pod względem patogenezy i rokowania.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Przypadek amyotroficznego porażenia opuszkowego ze zwyrodnieniem dróg piramidalnych.

Skreślił Dr. A. Adamkiewicz,
Docent prywatny Uniwersytetu i starszy lekarz szpitala Charité w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

Flechsig śledził przebieg wyż opisanego splotu włókien nerwowych aż do móżdżku i nazwał takowy ze względu na cechujące ułożenie i kształt „szlakiem bezpośrednim móżdżko-boczno-postronkowym“ *(Directe Kleinhirn-Seitenstrangbahn)*.

Zwyrodniały tedy obszar naszych preparatów leżeć będzie między tym szlakiem (móżdżko-boczno-postronkowym) Flechsiga, a resztami postronków bocznych i boczną warstwą graniczną szaréj istoty; odpowiada zatém mniéj więcéj wiązkom włókien, które należą do układu szlaków tak zwanych piramidalnych *(Pyramidenbahn)*. Wiemy bowiem z poszukiwań Flechsiga *(Die Leitungsbahnen im Hirn und Rückenmark* str. 270. — *Über System-Erkrankungen im Rückenmark* str. 4177.), że szlaki te wyszedłszy z rdzenia półkul mózgowych a mianowicie z górnych części splotów środkowych, obok zwojów mózgu przebiegają i przez zewnętrzną osłonkę do dolnéj części odnogi mózgowéj wkraczają, następnie przyczyniwszy się do budowy piramid rdzenia przedłużonego, w małéj części tylko bezpośrednio do postronków przednich, w większéj jednak części skrzyżowane do postronków bocznych przechodzą i tu między szlakami móżdżko-boczno-postronkowemi, boczną warstwą graniczną szaréj istoty i resztami postronków bocznych się kończą.

Jak sobie przypomnimy, okazy z rdzenia naszéj choréj przedstawiały znaczne zwyrodnienienie nie tylko tylnych części bocznych postronków ale także wązki pas zwyrodnienia w postronkach przednich, w miejscu gdzie się oba ostatnie ku bróździe podłużnéj przedniéj zwracają (fig. I *a*).

Pasma te jednak odpowiadają co do umiejscowienia szlakom pochwowo-przedniopostronkowym Türcka *(Hülsenvorderstrangbahn)* czyli tak zwanym nieskrzyżowanym włóknom piramidalnym Flechsiga *(Ungekreuzte-Pyramidenfasern)*.

W rdzeniu zatem naszéj choréj uległ zwyrodnieniu cały układ szlaków piramidalnych, składający się z szlaków piramidalno-przedniopostronkowych i piramidalnotylnopostronkowych.

Co się tyczy istoty tego zwyrodnienia, ogólnikowo już przedtem określonego w szczególności dało się wybadać co następuje.

W części szyjnéj rdzenia na miejscu zwyrodniałém tkanka nerwowa zupełnie znikła, zastąpiona zbitą tkanką łączną, śród któréj grube pasma tworzą utkanie siatkowate, z nader rzadkiemi łukami, częścią pustemi częścią wypełnionemi przekrojami pokurczonych zanikających włókien nerwowych.

Nasilenie tego chorobowego rozwoju tkanki łącznéj zmniejsza się ku dołowi, w skutek czego chora tkanina okazuje się mniéj obfitą. Widzimy w niéj tu i owdzie występujące gniazda prawidłowych włókien nerwowych, pomnażających się szczególnie na przedniéj granicy części zwyrodniałéj, a zatem od strony resztek bocznych postronków.

Wreszcie stosunek ten staje się zupełnie odwrotnym. Od części lędźwiowéj rdzenia na dół znachodzimy w szlakach piramidalno-bocznopostronkowych w miejscu zbitéj tkanki łącznéj, tylko pojedyncze pasma tegoż pochodzenia, przeplatające tylko zdrową tkankę istoty białéj.

2) Istota szara. Rogi szaréj istoty w części szyjnéj i piersiowéj rdzenia są nadzwyczaj wązkie, a przytém niestosunkowo wydłużone (porównaj ryciny). Rogi przednie posiadają zaledwie trzecią część prawidłowéj swéj objętości. W skutek tego, że przebiegają nadzwyczaj zbieżnie ku przodowi, gdy tylne odwrotnie niezwykłą rozbieżność ku tyłowi okazują, przedstawia szara istota na przekroju części szyjnéj i piersiowéj rdzenia raczéj kształt litery A zamiast zwykłego kształtu głoski H. W zanikłych rogach przednich badanie drobnowidowe wykazało głębokie zmiany tkaninowe.

Sama szara istota utraciła zupełnie swój prawidłowy wygląd. Miejsce zwojów włókien nerwowych o podwójnych konturach pomiędzy temiż w stanie prawidłowym złożonych, zajęła pilśniowata tkanka łączna o zamazaném wejrzeniu, a tylko tu i owdzie znachodzimy w niéj zanikający jako tako utrzymany zwój nerwowy. W ten sposób więc zanikły zupełnie aż po rdzeń lędźwiowy komórki zwojowe wielobiegunowe tak rogów przednich jak i w szlaku pośredniobocznym *(Tractus intermedio-lateralis)*. Dopiero w rdzeniu lędźwiowym występują znów komórki, w rogach przednich w górnéj części tegoż przeważnie komórki boczne, poniżéj zaś wyjścia pierwszego i drugiego nerwu krzyżowego przeważnie środkowe gromady komórek. Słupki Clarcka są całkiem nienaruszone (fig. IV *a*).

II. Rdzeń przedłużony. Ważnym objawem na rdzeniu przedłużonym jest mocne przekrwienie sięgające aż do mostu Varola. Wszystkie przekroje z téj okolicy rdzenia są obsiane przepełnionemi naczynkami.

Co do tkanki nerwowéj badania wykazały zmiany następujące: W rdzeń przedłużony a mianowicie w istotę szarą w pobliżu przejścia jego w rdzeń pacierzowy, weiska się fałd (Fig. VII. o połowę powiększony), szypułkowaty, wychodzący

VII



z piramid, na przecięciu około 5 mm. gruby, ułożony w zagłębieniu, które całkiem wypełnia. Leży on tuż nad piramidami, przerywa ciągłość szwu zajmując szczególniéj obszar części siatkowatéj po obu stronach szwu i dosięga z przodu brzegu oliwek. Z wejrzenia jest po części prążkowanym, po części budowy komórkowatéj. Obok téj nieprawidłowości będącéj tylko mniéj ważném zboczeniem rozwojowém, uderza na rdzeniu przedłużonym zupełne zwyrodnienie obu piramid. Cały obszar zajęty oliwkami, szwem, ciałem siatkowatém (*formatio reticularis*) i włóknami obłąkowatemi (*fibrae arciformes*) uległ zupełnemu stwardnieniu, w którém nawet resztek utrzymanych nerwów dopatrzeć się nie można; tylko jądro piramid nie uległo żadnéj ważniejszéj zmianie.

W wysokim stopniu chorobowo zmienione jest nadto jądro nerwu podjęzykowego. Jądro to na zdrowych okazach nawet okiem nieuzbrojoném rozpoznać się dające, na naszych okazach tak dalece zanikło, że miasto ciemnéj dokładnie zakreślonéj plamy pozostał tylko jasny biały przeświecający znak, zdradzający jego dawniejsze umiejscowienie. Pod drobnowidem spostrzegamy na tém miejscu wiotką, pilśniowatą tkankę z nader nielicznemi komórkami. Z jądrem nerwu podjęzykowego zniszczały także po większéj części jego wiązki nerwowe, dla gołego oka wcale nie widzialne a pod mikroskopem zanikłe resztki przedstawiające.

Nie mogliśmy też żadnéj zmiany pewnéj wykryć tak w wielkich oliwach jak i w jądrach bocznych i klinowych postronków, nic też nie było chorobowego w jądrach nerwu błędnego, słuchowego, językogardzielowego i dodatkowego Wilizyjusza. Za mała spójność preparatów z mostu Varola wziętych, nie dozwalała badać stanu reszty jąder nerwowych a w szczególności nerwów twarzowych.

Zbierzmy ogół objawów i przebieg w jednę całość a otrzymamy bardzo charakterystyczny obraz opisywanéj właśnie choroby.

Zacinanie się języka w mowie rozpoczyna cały szereg objawów chorobowych, następują późniéj większe zboczenia w mowie wraz z porażeniem języka, ślinieniem, późniéj występuje niezupełne porażenie całego dolnego obszaru nerwu twarzowego i mięśni żuchwowych, z występującym wkrótce potem i powoli się rozwijającym ogólnym zanikiem mięśni całego ciała, z wyjątkiem ździeragaczy, mięśni zaopatrzonych przez nerwy okoruchowe i gałązki czołowe nerwu twarzowego. Wśród takiego wkradania się niszczącéj téj choroby w cały układ czynności ruchowych z następowém zniesieniem tychże, pozostaje strona zmysłowa i psychiczna zupełnie nietkniętą: chora zdolną jest niestety do poznania, że żyje wśród nie znającego jéj świata, który ona sama widzi i pojmuje.

Skutkiem zboczeń w narządzie żucia i zaniku języka nastają trudności w połykaniu, a w następstwie i upośledzenie odżywiania. Kawałeczki ciał obcych dostają się do dróg oddechowych i wywolują zapalenie błony śluzowéj oskrzeli. Chora marnieje wśród napadów duszności, potęgowanych nieżytem oskrzelowym, aż ją wreszcie nagle śmierć zaskakuje.

Łatwo jest dopatrzeć się choroby w tym obrazie objawów, którą w r. 1860 Duchenne (*Archives generalles de medecine. Paris 1860*), pod nazwą: *Paralysie progressive de la langue, des levres et du voile du palais* pierwszy opisał, a którą później Wachsmuth (*Ueber die progressive Bulbarparalyse und die Diplegia facialis, Dorpat 1864*), odniósł do zmian anatomicznych (tkaninowych) rdzenia przedłużonego i porażeniem opuszkowém postępującém nazwał (*Progressive Bulbaerparalyse*). Leyden wreszcie uwzględniając rzeczywiste zmiany anatomiczne w rdzeniu przedłużonym tudzież przyłączający się zawsze zanik mięśniowy, nazwał to cierpienie (*Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrkhtn.* Tom VIII. Zeszyt III. Odbitka) porażeniem opuszkowém amyotroficzném postępującém. (*Progressive amyotrophische Bulbaerparalyse*).

Jakkolwiek większa część przypadów naszego przypadku chorobowego odpowiada znanemu obrazowi choroby w mowie będącéj, to przecież niektóre szczegóły kliniczne a zwłaszcza wynik badania anatomicznego rdzenia pacierzowego dostarczają godnego uwagi przyczynku do nauki o porażeniu opuszkowém postępowém.

Najpierw poucza nasz przypadek, że wzruszenie umysłowe może być przyczyną porażenia opuszkowego, jak to już dawno przypuszczano, lecz dotąd przypadkami chorobowemi nie stwierdzono. (Porówn. Kussmaul: *Ueber die fortschreitende Bulbärparalyse und ihr Verhälltniss zur progress. Muskelatrophie. Sammlung klin. Vorträge. Volkmann* Nr. 54, 1873). Pacyjentka nasza była zupełnie zdrową aż do chwili otrzymania owéj przestraszającéj wiadomości; wtedy to przerażona w jednéj chwili uległa chorobie. Znaną jest rzeczą, że wzruszenia umysłowe panują jak siły tajemne nad funkcyjami życia zwierzęcego. Ja też usiłowałem na innem miejscu (Adamkiewicz: *Die Secretion des Schweisses. Eine bilateral-symetrische Nervenfunktion. Berlin Hirschwald 1878. Cap. Vorstellung.* Str. 35. Tenże *Ueber bilaterale Functionen. Berl. klin. Wochenschrift 1878.* Nr. 31), wyszukać fizyjologicznéj podstawy dla tego pewnika.

Nasz przypadek dowodzi, że siły te zasadnicze wzruszonego umysłu w najwyższym rozwoju, zarówno jak urazy zdolne są wywołać zmiany w sferze umysłowo-ruchowéj kory mózgowéj, zmiany te są prawdopodobnie natury drobinowéj. Prawie takież same zmiany zwyrodnienia dróg piramidalnych jak w rdzeniu naszéj choréj znaleźli Charcot i Pitres (*Revue mensuelle.* T. I. Nr. 1 ff.) w jednym przypadku, ale jako następową zmianę po zniszczeniu splotów centralnych, płatów okołośrodkowych (*Lobi paracentrales*) i części najbliższych zwojów bocznych i czołowych.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

O obrzękach śledziony. Wykład prof. Chvostka w Wiedniu. Sprawozdanie Dra Filewicza z Kolbuszowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

Co do objawów zapalenia śledziony i zawału krwawego autor przyznaje, że w większéj liczbie przypadków są one tak mało znaczne, że dopiero oględziny pośmiertne mogą na pewne stwierdzić chorobę. Należy tu:

1) Obrzęk śledziony, który zdaniem Bambergera rzadko przekracza podwójną jéj wielkość, chyba że choroba wystąpi w śledzionie już poprzednio chorobowo powiększonéj. Obrzęk ten zawisłym jest od ilości i wielkości ognisk zapalnych, tudzież rozciągliwości torebki śledzionowéj. Przy obmacywa-

niu czujemy zwiększony opór, jednak nie w tym stopniu, jak w przewłocznych obrzmieniach śledziony. Kształt obrzęku nie przedstawia nic godnego uwagi, chyba że większy ropień położony tuż przy powierzchni wypukla torebkę w postaci guza chełboczącego.

2) Bóle znajdziemy tylko wtedy, jeżeli i otrzewna uległa zapaleniu, lub gdy torebka doznała mocnego naprężenia przy szybkiém wytwarzaniu się obrzęku. Obmacywanie tudzież opukiwanie okolicy śledziony jest dla chorego zazwyczaj dolegliwém, lubo przedtém wcale na bóle się nie skarżył.

3) Gorączka, wyjątkowo tylko pochodząca od samego zapalenia śledziony, zawisłą jest zawsze od choroby głównéj (zapalenia śródsierdzia, ropnicy itd.) i odpowiednie jéj także nosi cechy. Gdy zapalenie śledziony przechodzi w ropienie, gorączka przybiera cechę ropnicowéj; występują częste dreszcze z następowém uczuciem gorąca i potami; chorzy przedstawiają zwykle lekkie stopnie żółtaczki, występuje puchlina, rozwolnienie, wynędznienie itd. Otto utrzymuje, że nieraz trwają ropnie całe lata, a mimo to gorączka się nie pojawia.

4) Bóle rozpromieniające się ku lewéj łopatce a według Mathona także ku lewéj odnodze dolnéj, obok tego zboczenia ze strony żołądka, a przy dłuższém trwaniu choroby puchlina i gnilec.

5) Objawy towarzyszące pęknięciu ropnia śledzionowego. Tu należą objawy rozlanego zapalenia otrzewny, po przebiciu ropnia do jamy otrzewnowéj, kończące się często już w kilku godzinach śmiercią. Objawy ograniczonego ropnego zapalenia otrzewny po przebiciu ropnia do przestrzeni otorbionéj w jamie brzusznéj. Wymioty krwaworopne i takież stolce przy przedziurawieniu żołądka lub kiszki grubéj. Objawy zapalenia w płucu lewém i plwocina ropna przy przedziurawieniu do płuca. Gdy ropień przedziurawić ma powłoki brzuszne, występuje w odpowiedniém miejscu na skórze obrzęk zapalny, daléj czuć chełbotanie, wreszcie skóra pęka, otworem wylewa się ropa, w któréj pod drobnowidem rozpoznać możemy obumarłe resztki miąższu śledziony.

R o z p o z n a n i e zawału w większéj liczbie przypadków jest całkiém niemożebném, prawdopodobném ono będzie, jeżeli obrzęk i ból w okolicy śledziony a obok tego i wymioty wystąpią w przebiegu choroby, w któréj zwyczajnie śledziona nie obrzmiewa, jak w zapaleniu śródsierdzia i przy wadach zastawek sercowych. Otrzymamy wtedy pewność, gdy wystąpią wyraźne objawy zatoru i w innych narządach ciała. Trudno dają się rozpoznać ropnie przerzutowe w przebiegu ropnicy, gdyż śledziona nabrzmiewa już skutkiem saméj choroby, a nawet może być bolesną gdy obrzęk szybko się wytworzył. Z prawdopodobieństwem rozpoznamy je tu tylko wtedy, gdy wytworzy się znaczniejszy obrzęk śledziony i bóle będą silniejsze, bo skutkiem saméj tylko ropnicy śledziona nieznacznie tylko obrzmiewa, a tém samém i naprężenie torebki i pochodzące ztąd bóle mogą być tylko mierne. Że ropień wytworzył się w śledzionie samoistnie lub po zadanym urazie, poznajemy, gdy bezpośrednio po uderzeniu lub bez znanéj przyczyny śledziona nagle się powiększy, wystąpią gwałtowne bóle zwiększające się przy ucisku, gdy chory śród objawów gorączki charłacznéj szybko niszczeje, puchnie, a objawów podobnych w inny sposób wytłumaczyć sobie nie możemy. Pewniejszém stanie się rozpoznanie, jeżeli w okolicy śledziony znajdziemy wypuklenie, a staje się całkiem pewném, jeżeli wyczujemy w miejscu wypuklenia wyraźne chełbotanie lub gdy ropień przebije się gdzieś do sąsiedniego narządu, ropa wyjdzie na zewnątrz, a równocześnie obrzęk śledziony we wszystkich rozmiarach się zmniejszy.

Co się tyczy r o k o w a n i a, to takowe w większéj liczbie przypadków jest zupełnie pomyślném. Zawał goi się przez zabliźnienie, a złe następstwa dla chorego pochodzić mogą jedynie od choroby głównéj. Gdy zawał przechodzi w ropienie lub sposoczenie, rokowanie staje się prawie zawsze niepomyślném. Wygojenie się czy przez wessanie, czy téż skredowacenie lub przebicie się i wydalenie na zewnątrz, należy do zejść bardzo rzadkich. Barbieri opisuje przypadek, gdzie ropień wytworzył się w śledzionie w przebiegu gośćca stawowego, a po wypuszczeniu zeń ropy zagoił się zupełnie.

L e c z e n i e polega na stósowaniu okładów lodowych na okolicę śledziony i podaniu choremu leków solnych, przeczyszczających; zresztą jest ono czysto przypadowém. Przeciw bólom wstrzykujemy podskórnie środki odurzające lub stósujemy środki drażniące na skórę (gorczyczniki, pijawki tylko u osób silnych). Celem złagodzenia wymiotów leki odurzające, dwuwęglan sody itp. Gdy wyczujemy wyraźne chełbotanie bez zwłoki otwieramy ropień.

Autor przytacza daléj 4 przypadki zapalenia śledziony, które sam obserwował. Pierwszy z nich odnosi się do żołnierza mającego lat 21, który zachorował na dur brzuszny, w ciągu choroby prócz objawów prawidłowego przebiegu duru, żadnych innych objawów nie okazywał, i już w okresie polepszania nagle upadł na łóżku i w kilku chwilach ducha wyzionął. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono śledzionę długości odpowiedniéj 5 przestworom międzyżebrowym, w dolnym zaś jéj odcinku pęknięcie przenikające torebkę i wierzchnią warstwę miąższu, długie na 3 cm. i tyleż szerokie, wypełnione płynem ropiastym. Okoliczny miąższ śledziony w postaci klina rozmiękły, żółtobrunatny, z licznemi jamkami wypełnionemi gęstą, żółtawą ropą. W pobliżu tegoż ropnia znaleziono w miąższu ognisko klinowate barwy brunatno-żółtéj; w środku zaś zewnętrznéj powierzchni śledziony tuż pod torebką jamkę wielkości orzecha laskowego wypełnioną ropą. Zresztą miąższ śledziony gruboziarnisty, kruchy i ciemnoczerwony. W jamie otrzewnéj nieco płynu żółtawego mętnego.

W przypadku drugim duru brzusznego, znaleziono przy oględzinach pośmiertnych śledzionę 12 cali długą, 6 cali szeroką, a 3 cale grubą a w niéj liczne świeże ropnie i zawały wielkości jabłka. W przypadku trzecim opisuje autor ropnie przerzutowe w śledzionie z przedarciem kilku do otorbionéj jamy w otrzewnie. Ropnie te wytworzyły się prawdopodobnie skutkiem zapalenia wsierdzia na zastawkach tętnicy głównéj, przytém znaleziono liczne ropnie w wątrobie dochodzące wielkości jaja kurzego tudzież następowa zakrzepicę w grubszéj gałęzi żyły wątrobowéj. Ropnie przerzutowe i zawały w płucach, obustronny wysięk opłucnowy.

W przypadku czwartym, który autor obserwował u 15 letniego chłopca w Parenzo w Istryi, ropień wytworzył się w śledzionie skutkiem długotrwałéj zimnicy codziennéj. Chory mimo używania chininu zimnicy nie tracił, codziennie skarżył się na coraz silniejsze bóle w boku lewym, wreszcie wśród objawów ogromnéj duszności wykaszlał pół miski czystéj ropy, poczém bóle w boku lewym znacznie się zmniejszyły, kaszel z plwociną ropną jednak dłuższy czas jeszcze się utrzymywał. Badając klatkę piersiową wykrył autor z tyłu w dolnéj części lewego płuca lekkie stłumienie obok

oddechu nieoznaczonego i licznych nieoznaczonych rzężeń. Chory zwolna przychodził do siebie i oglądany w 2 miesiące późnićj miał się już prawie całkiem dobrze. (C. d. n.)

Dr. J. Pauly (w Poznaniu): **Szpotawość w skutek braku kości goleniowej.**

Na tegorocznym zjeździe chirurgów niem. w Berlinie przedstawił P. okaz, pochodzący od 15-letniego chłopca, który sam zażądał odjęcia prawego, wielce mu przeszkadzającego podudzia. Podudzie to o 17 cm. krótsze od lewego, wisiało u uda pod tępym i ku wewnątrz zwróconym kątem, z stopą wprawdzie mniejszą, lecz dobrze wykształconą, ale w tak silnem ustawieniu szpotawém, że koniec palca dużego dotykał wewnętrznéj powierzchni górnéj trzeciéj części podudzia. Łatwo dało się wykazać, że główną przyczyną był brak kości goleniowéj, ograniczającéj się tylko do szczątka górnéj jéj części. Wyłuszczenie ze stawu kolanowego nie udało się dla zbyt szczupłego płatu, przystąpiono więc do odjęcia podudzia po nad kłykciami kości udowéj sposobem Cardena *(transcondylaere Amputation)*, po któréj chory w pięć tygodni wyzdrowiał. Dzięki téj metodzie można było dokładnie zbadać i dolny koniec kości udowéj.

Jest on grubszym i wiele szerszym niż prawidłowy, o średnicy poprzecznéj 7½ cm. ściany zewnętrzne tegoż końca nie są płaskie i prostopadłe lecz wypukłe; po nad chropowatością kłykcia zewnętrznego znajduje się nieprawidłowa 5 cm. długa a 2 cm. szeroka eliptyczna płaszczyzna stawowa, służąca bez wątpienia do artykulacyi z główką piszczeli okrągłéj, na 3 cm. szerokiéj, wchodzącéj w staw kolanowy, a tworzącéj zarazem najwyższy punkt powierzchni stawowéj podudzia. Powierzchnie stawowe szczątkowego golenia są prawie pionowo ułożone, także skośnie pochylone, ku wewnątrz i tyłowi zwrócone, wypukłe i stykają się pod kątem 120° z wyniosłością międzykłykciową *(eminentia intercondyloidea)*, ku przodowi w kształcie litery V przebiegającą. Rzepka ułożona jest na powierzchni chrząstkowatéj, trójkątnéj 2 cm. szerokiéj. Na obydwu płaszczyznach stawowych kłykci od 2½ do 3 cm. szerokich, przebiegają małe, poprzeczne listewki, a na powierzchni stawowéj zewnętrznéj znajduje się chrząstka międzystawowa w kształcie cienkiego i wązkiego sierpa. O stosowaniu się do siebie obu płaszczyzn staw kolanowy tworzących, ani mowy nie było, wyżéj wymienione listewki były linijami granicznemi artykulacyi. Główka piszczeli, tworząca z szczątkiem kości goleniowéj także płaszczyznę stawową golenio-piszczelową *(Articulatio tibio-fibularis)* dotykała tylko stycznie powierzchni zewnętrznéj kłykcia zewnętrznego kości udowéj. Kształt dolnego końca kości udowéj zupełnie jest wyjaśniony, jeżeli uwzględnimy, że w skutek braku kości goleniowéj nie doznawał najmniejszego ciśnienia zwykłego ze strony wyż wymienionéj kości, i że kierunek płaszczyzn stawowych goleniowych był zupełnie płodowym (Hüter: *Klinik d. Gelenkkrankheiten* II, str. 177). Nieprawidłowym jest udział piszczeli w stawie kolanowym, w skutek wysterczania tejże kości tak, że w skład powyższego stawu wchodzą 3 kości, podobnie jak w stawie łokciowym. Szczątek kości goleniowéj przedstawia się w kształcie ostrosłupa, którego podstawą jest właśnie powierzchnia stawowa na 4½ cm. wysoka a 5½ cm. szeroka. Dobrze pokryta kość piszczelowa na 23 cm. długa, kończy się kostką zewnętrzną *(Malleolus externus)* 5 cm. szeroką, opatrzoną na swéj wewnętrznéj powierzchni dwiema oddzielnemi powierzchniami stawowemi. Temi powierzchniami styka się kostka z kością skokową i piętową, które tak silnie są skręcone, że ich powierzchnie zewnętrzne boczne poziomo się ułożyły. Kość skokowa posiada kształt walca poziomo ułożonego, 4 cm. długiego, którego jedna płaszczyzna podstawowa na 2½ cm. szeroka właśnie z kostką zewnętrzną artykuluje, gdy tymczasem druga słabo wypukła z kością łódkową, nieco pionowo wysuniętą się łączy. Ta ostatnia płaszczyzna odpowiadałaby główce kości skokowéj o naznaczonéj tylko szyjce, z zupełnym, rozumie się brakiem obrótki *(rotula)*. Zatoka stopowa *(Sinus tarsi)* jest tylko rowkiem na 4½ cm. długim, ograniczonym od kości piętowéj, 6 cm. dłuższéj, także poziomo ustawionéj, podobnie jak skokowa, zwykły kształt mającéj; jéj powierzchnia zewnętrzna zmieniła się na spodnią i zwraca się nieco ku górze tak, że guz piętowy sterczący ku tyłowi na zewnątrz i ku górze wyżéj jest położony o 2½ cm. od kostki zewnętrznéj. Kość piętowa nie tworzy stawu z kością skokową, tylko tam, gdzie pierwsza z kostką zewnętrzną się styka, wytworzyła się płaszczyzna stawowa na guzku, po za którym mięśnie piszczelowe *(peronei)* przebiegają. Ta powierzchnia stawowa na kości skokowéj artykuluje z tylną częścią powierzchni stawowéj kostki zewnętrznéj, ustawionéj 1 cm. niżéj od płaszczyzny kości piętowéj i skokowéj.

Błędném byłoby, według znanych badań, przypadek ten nazwać szpotawością wrodzoną; mamy tu bowiem do czynienia tylko z najwyższym stopniem skręcenia stopy. Staw Choparta jest zgnieciony i tworzy podstawę, na któréj się wznosi reszta kości stępu wraz z pionowo ustawionemi kościami śródstopy i palców. Mięśnie wszystkie znaleść można: wyprężacze zsunięte ku wewnątrz wraz z ich ścięgnami pokrytemi więzem workowym przebiegają po górnéj powierzchni kości skokowéj, zginacze znachodzimy w szparze między piszczelą a śródstopą ku dołowi i na wewnątrz, piszczelowe zaś od góry; nawet wszystkie wyrostki kostne mięśniowe wyszukać było można.

Okaz ten, posłany profesorowi Hassemu w Wrocławiu byłby trzecim w literaturze; pierwszy opisał Billroth w rocznikach Langenbecka tom I, wraz z sprawozdaniem sekcyi, gdzie znachodzi się brak kości goleniowéj prawéj z szpotawém ustawieniem stopy najwyższego stopnia, daléj nadzwyczajne wystawanie kostki zewnętrznéj; brak mięśnia długiego zginacza palucha, przedniego goleniowego i więzadła bocznego wewnętrznego. Drugi przypadek opisany jest przez Alberta w Insbruku (*Wiener med. Presse* 1877) u dziewięciomiesięcznéj dziewczynki z szpotawością średniego stopnia, przy nadzwyczajnéj jednak sztywności stawu. W tym przypadku podudzie można było w kolanie na wewnątrz i zewnątrz zagiąć, a nawet w górę naprzód nieco wysunąć, podobnie jak w przypadku, powyżéj opisanym. Matka zwracała tylko uwagę na wadę w kolanie, lecz Albert znalazł przyczynę w braku kości goleniowéj. Celem usunięcia téj wady radził sobie Albert w sposób gienijalny, przesunął bowiem piszczel do zatoki międzykłykciowéj, co mu się w zupełności udało.

W stósunku do dosyć częstych braków kości promieniowych, brak kości goleniowéj zdarza się bardzo rzadko, częściéj jeszcze brak piszczeli (18 przypadków; Meyersohn, Virchova Rocznik tom 76, zeszyt 2), jakkolwiek kość promieniowa i goleniowa uchodzą za równie ważne w anatomii porównawczéj.

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne XV. z dnia 15go października 1879 roku.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 13 i Dr. Szwykowski z Paryża jako gość.

1) Przewodniczący powitawszy członków Towarzystwa pierwszy raz po feryjach zgromadzonych, oraz przedstawiwszy Dra Szwykowskiego z Paryża, zawiadamia: że Towarzystwo lek. krak. wzięło udział w delegacyi lekarzy z protomedykiem Dr. Biesiadeckim na czele, która J. I. Kraszewskiemu w dniu 3 bm. ofiarowała ozdobny adres opatrzony podpisami przeszło ośmiuset lekarzy. W delegacyi tèj reprezentowali nasze towarzystwo prezes, wiceprezes i sekretarz stały.

2) Przewodniczący zawiadamia: że kol. Dr. Skórkowski sekretarz doroczny Towarzystwa, dla stosunków rodzinnych Kraków opuścił i że temuż przy pożegnaniu złożył podziękowanie w imieniu Towarzystwa, za gorliwe pełnienie obowiązków sekretarza. W miejsce kol. Skórkowskiego wybrano na wniosek Przewodniczącego sekretarzem dorocznym Dr. T. Wasylewskiego.

3) Przewodniczący wnosi: aby stósownie do życzenia Komisyi słownikowéj, jeden dział słownika obejmujący wyrazy odnoszące się do psychiatryi wydrukować i dołączyć do Przeglądu lekarskiego, aby i koledzy zamiejscowi mogli nad niemi poczynić swoje uwagi: wniosek ten przyjęto. Kol. prof. Korczyński wyraża życzenie: aby komisyja słownikowa przy układaniu słownika wyrazów lekarskich, a osobliwie przy tworzeniu nowych wyrazów, uwzględniała ile możności ważniejsze języki słowiańskie. W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Oettinger czyniąc uwagę: że Komisyja wymieniona ile możności uwzględniała i uwzględnia narzecza pobratymcze, że jednak obszerniejsze zastósowanie narzeczy słowiańskich w wyrazownictwie lekarskiém mogłoby doprowadzić do zamięszania, skoro już zachodzi różnica między terminologiją warszawską a krakowską; kol. prof. Blumenstok jest zaś zdania, że przedewszystkiém trzeba się starać o zatrzymanie tego co jest i co się przyjęło, oraz radzi unikać ile możności tworzenia nowych wyrazów.

4) Przewodniczący wzywa kol. prof. Oettingera jako przewodniczącego Komisyi sprawozdawczéj do roczników Virchova i Hirscha, o rozpoczęcie czynności, aby sprawozdanie na czas mogło być wygotowaném. Kol. prof. Korczyński zarzuca komisyi, że pomimo usilnéj i energicznéj pracy przewodniczącego, komisyja ta coraz gorzéj wywiązuje się z obowiązku, a niektóre sprawozdania tak są pobieżne, że nie zasługują na umieszczenie w rocznikach. W końcu stawia wniosek: aby komisyi nie organizować tak jak dotąd, lecz aby przewodniczący tejże kol. prof. Oettinger dobrał sobie 2 — 3 kolegów według jego zdania najodpowiedniejszych i przedstawił ich Towarzystwu do zatwierdzenia. Kol. prof. Blumenstok zgadza się z uwagami poprzedniemi, nie widzi jednak w wniosku prof. Korczyńskiego ratunku i sądzi że należałoby sprawozdania do roczników Virchowa oddać w ręce prywatne. Kol. Warschauer radzi poruczyć tę sprawę kol. Oettingerowi, którýby obmyślił stósowny środek zaradczy i przedstawił go Towarzystwu. W obec tego kol. prof. Korczyński cofa swój pierwotny wniosek i proponuje aby sam kol. Oettinger zorganizował sobie komisyję.

Kol. prof. Oettinger obawia się przyjąć na siebie całego ciężaru i odpowiedzialności, bo może wywołałby jeszcze większe utyskiwania niż dotąd; widział on że niektóre sprawozdania były niedokładne, ale też niektóre bywają wcale dobre i zwracają uwagę lekarzy zagranicznych na prace polskie, co popiera przykładem. Kol. prof. Blumenstok wnosi: Towarzystwo lekarskie zrzeka się sprawozdań do roczników Virchova i Hirscha i oddaje je w ręce kol. Oettingera z obowiązkiem, aby sprawozdania nadal były robione; honoraryjum za nie przypadające ma być oddane do rozporządzenia kol. Oettingerowi. Przewodniczący radzi, aby sprawozdania jeszcze tego roku pozostały w rękach Tow. lekarskiego, i aby kol. Oettinger na przyszłém posiedzeniu odpowiedni wniosek przedłożył. Kol. prof. Oettinger odpowiada, że ma nadzieję, iż przy poparciu poprzednich mówców wniosek odpowiedni na przyszłém posiedzeniu przedstawi.

5) Przewodniczący wzywa komisyję wybraną dla zastanowienia się nad złączeniem Komisyj hygijenicznéj i sądowo-lekarskiéj, aby zdała sprawę z swéj czynności na przyszłém posiedzeniu.

6) Przewodniczący zawiadamia w imieniu Komisyi dla popierania przemysłu krajowego w zastósowaniu do celów lekarskich, że Komisyja ta zastanawiała się i oceniała nadesłane przetwory i okazy, lecz ponieważ z powodu nieobecności jednego z referentów prof. Dra Olszewskiego prac swoich jeszcze dokończyć nie mogła, przeto przedstawi takowe na jedném z przyszłych posiedzeń.

7) Namiestnictwo nadesłało 30 egzemplarzy Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi w latach 1875 i 1876, które przewodniczący między członków rozdziela.

8) Przewodniczący zawiadamia, że Namiestnictwo potwierdziło wybór zagranicznych członków korespondentów towarzystwa, a mianowicie Drów Dobrskiego Konrada w Warszawie, Kadlera Ludwika tamże, Orłowskiego Franciszka tamże, Rotha Władysława w Staszowie w Król. Polskiém, Lachowicza Antoniego w Berdyczowie na Wołyniu, hr. Huberta Krasińskiego w Petersburgu, Sokołowskiego Alfreda w Goerbersdorfie na Szląsku pruskiém, Rydygiera Ludwika w Chełmnie i Laskowskiego Zygmunta w Genewie.

9) Przewodniczący odczytuje pismo Rady zawiadowczéj Towarzystwa lekarzy galicyjskich, w którém taż Rada zawiadamia, że Walne zebranie delegatów dn. 11 czerwca r. b. odbyte, jednomyślnie uchwaliło wniosek, aby ponowić rokowania z Komitetem Towarzystwa lek. krak. w celu połączenia się obu towarzystw: w tym celu Rada zawiadowcza wybrała na posiedzeniu z dn. 8 października rb. komisyję z 3 członków składającą się, a rzeczą téj komisyi będzie bliższe określenie warunków o ile związek obu towarzystw ma nastąpić, tudzież uprasza tutejsze towarzystwo o wybranie komisyi, któraby z komisyją del. lwowską, punkta przedugodne opracowała. Kol. prof. Korczyński wnosi, aby sprawę tę odesłać do komisyi statutowéj, zaś kol. prof. Blumenstok sądzi, że należałoby z komisyi statutowéj wybrać ściślejszą komisyję z trzech członków składającą się; a gdy wniosek ten przyjęto, przewodniczący powołuje do komisyi koll. Korczyńskiego, Blumenstoka i Obalińskiego.

10) Na członka czynnego przedstawiają kol. prof. Korczyński i kol. Obaliński Dra Kazimierza Bosowskiego, aspiranta w szpitalu św. Łazarza; wybór nastąpi na przyszłém posiedzeniu.

11) Przewodniczący wzywa kol. Podskarbiego, aby przedstawił Komitetowi członków zalegających z wkładkami.

12) Kol. Smoleński odczytał obszerne uwagi o zapaleniu płuc według spostrzeżeń zebranych w ciągu 4 lat ubiegłych w klinice lekarskiéj prof. Korczyńskiego.

Odczyt ten poprzedził prof. Korczyński wstępnemi uwagami, o zadaniu i celu tego rodzaju sprawozdań klinicznych i szpitalnych.

W dyskusyi zabierali głos: kol. Warschauer, który zapytuje, dlaczego prelegent nazywa zapalenie płuc idiopatyczne szczerém a nie samoistném; tudzież czy nie zauważano w którym przypadku w klinice, lub może nie zwrócono uwagi na znaczne obniżenie tętna, jakie przy przesileniu chorobowém w zapaleniu płuc miewa miejsce; objaw to dosyć częsty, a kol. Warschauer widział przypadki, w których tętno obniżyło się do 40 na minutę. Kol. Oettinger robi małą poprawkę historyczną a mianowicie, że nie Galen lecz jeszcze Hipokrates twierdził, jakoby przesilenie występowało w nieparzystych dniach. Kol. Ściborowski zapytuje prelegenta czy nie stósowano w klinice obok leków przeciwgorączkowych i podniecających także leczenia symptomatycznego. Prelegent kol. Smoleński odpowiada kol. Warschauerowi i kol. Ściborowskiemu na poprzednie uwagi i pytania, poczém kol. Buszek zwraca uwagę na śmiertelność w zapaleniu płuc, według dat statystycznych zebranych w biórze magistratu, a mianowicie, że największa śmiertelność przypada około 50go roku życia, tudzież popiera uwagi prof. Korczyńskiego co do częstego pojawiania się chorób nerwowych u Izraelitów. Kol. Warschauer przyznaje słuszność uwagom koll. Korczyńskiego i

Buszka co do częstego zapadania Izraelitów na choroby nerwowe, popierając je kilkoma przykładami, pewnéj jednak przyczyny tego podać nie umie, przyczém prostuje zapatrywanie prof. Hirscha, jakoby zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych nie miało reprezentantów w szczepie słowiańskim. Kol. prof. Oettinger odwołując się na swoją 30 letnią praktykę szpitalną, stwierdza częstość chorób nerwowych u Izraelitów, ale przyczynę tego upatruje w nędzy, w wczesnych małżeństwach i w nieodpowiedniém pielęgnowaniu dzieci. Kol. Smoleński zapytuje kol. Oettingera skąd pochodzi u Izraelitów zwyczaj płodzenia większéj liczby dzieci i czy w tym podwyższonym popędzie płciowym nie ma co tradycyjonalnego? Kol. prof. Oettinger twierdzi, że płodzenie bardzo jest szanowane u Izraelitów ze względów religijnych i moralnych, a każda Izraelitka ma prawo żądać od małżonka na podstawie religii, aby ją pod tym względem dostatecznie zaspakajał.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Wasylewski.*

V. Listy z podróży i z praktyki

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**,
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42.)

W hysteryi ciężkiéj zdarzają się napady stanów hypnotycznych pod postacią ekstazy, katalepsyi, somnambulizmu; lecz także sztucznie można wywołać u hysteryczek podobne napady, w czém zresztą nie byłoby nic dziwnego, gdyż także u kur i u innego ptactwa, u raków, królików i u świniek morskich, wywołać można stan hypnotyczny podobny do katalepsyi albo do ekstazy nieruchowéj: (porównaj Czermaka: „*Beobachtungen und Versuche über hypnotische Zustände bei Thieren.*" *Pflügers Archiv f. d. gesammte Physiologie. T. VII;* albo „*Canstatts Jahresberichte*" *T. 5.* „*Bericht über die Leistungen im Hypnotismus;*" albo Jolly: „*Hysterie*" w Ziemssena zbiorze T. XII. Oddz. 2, str. 562). Takie sztucznie wywołane u hysteryczek stany snu patologicznego, nazywają także Mesmeryzmem, ponieważ Mesmer z końcem przeszłego wieku nadużywał chorych w celu wywoływania u nich stanów hypnotycznych, w których upatrywał, według ówczesnéj zasady dynamizmu, zjawiska magnetyzmu zwierzęcego; (porównaj Häsera: „*Geschichte der Medizin.*" T. 1, str. 817, wydanie z r. 1868). Nazywają także sztuczne stany hypnotyczne Braidyzmem, gdyż Dr. Braid, 1842 r. czynił w Edymburgu doświadczenia, które udowodniły, że za pomocą blasku wywołać można stany w mowie będące. Wywoływanie sztuczne stanów hypnotycznych znane było lekarzom dawniejszym. Tak np. Hoffmann: (*Medicina rationalis* T. III, p. 50) zacytowany przez Chambersa w Reynolda „*System of medicine,*" T. II, p. 108, opowiada, że pewna młoda wieśniaczka popadała w stan zupełnéj nieruchomości, po nasłuchaniu się kazań rozczulających. Takie napady trwały po całéj godzinie i mogły być wywołane każdego czasu tekstem z Biblii, dotyczącym miłości Boga. Owe pląsy średniowieczne, znane pod imieniem *chorea Germanorum*, szerzyły się jak zaraza przez wiek XIII, XIV i XV; poczynały się one od napadów hystero-epileptycznych jednéj choréj, sztucznie zaś napady podobne ogarniały tysiące do tego usposobione. Zaraza ta szerzyła się nie inaczéj tylko przez oczy i umysł, jak pięknie mówi o tém Chambers (l. c.) biorąc do tego godło z romansu Longosa (pisarza greckiego w IV stuleciu), który mówi o zarazie spojrzenia (ἡ τῶν ὀφθαλμῶν ἅλωσις). „Za pomocą öcz rządzą instynkt naśladowczy i sympatyja, pierwszemi zabiegami dziecka umysłowemi i cielesnemi i wiodą je do tego, że wzrasta na obraz i podobieństwo człowieka; za pomocą öcz, jak to czuł Longos, łączą się dwie dusze w jednę. Tak samo za pomocą öcz wznieca się ów stan chorobowy, w którym choroba nerwowa więzi władzę panowania nad sobą samym, krępując ją jakby skurczem elektrycznym i dozwalając tém samém występować najniższym poruszeniom zwierzęcym. Bezwątpienia potrzeba do tego naprzód pierwotnéj powolności, poddania się dobrowolnego z umysłu, lecz w miarę jak się powtarzają te poddawania się, energija słabnie coraz bardziéj, naturalna zaś i prawidłowa sympatyja zamienia się w rzeczywistą chorobę umysłu, w któréj władza woli jest całkiem zniesiona." Ten sam autor przytacza ustęp ze ś. Augustyna (*de civitate Dei*), w którym ten pisarz kościelny opowiada, że za jego czasów był kapłan zwany Restitutus, który na zawołanie każdego czasu umiał popadać w stan zupełnéj nieruchomości, tak że oddychanie nie było widoczne, czucia zaś nie miał żadnego, można go było kłuć, szczypać, piec jak trupa; rozmowy otaczających osób słyszał jakby głosy z dalekiéj odległości.

Niektóre osoby zwłaszcza młode mówią przez sen, osobliwie gdy przeładują na noc żołądek. Podczas gdy mówią można z nich wydobyć różne odpowiedzi przez podpowiadanie, jak to postrzegłem u mojego przyjaciela i kolegi Dra K., z którym mieszkałem razem w czasie naszych studyjów medycznych. Niekiedy dzieci zaspane, lub wieśniacy jedzą przez sen, chodzą we śnie; komuś zdaje się we śnie, że jest na wychodku, i oddaje mocz swobodnie do łóżka; Chambers znał duchownego, który przez sen wykonywał na sobie onanizm.

Chore hysteryczki popadłe dobrowolnie lub za pomocą środków sztucznych w stan hypnotyczny, podobnie mogą sprawować różne czynności, lub mówić już to z własnych wyobrażeń sennych, już to z poduszczenia obcego. Wielkie nadużycia jakie czynili w tym kierunku magnetyzerzy, spirytyści i tym podobni marzyciele i guślarze, zniesławiły do tego stopnia ową sztukę wywoływania stanów hypnotycznych u hysteryczek i w ogóle napadów hysterycznych, że nikt z lekarzy, komu miłą była dobra sława, nie odważyłby się był zajmować się takiemi doświadczeniami systematycznie. Nadzwyczajna rzadkość hysteryi ciężkiéj, z ową niesławą sztucznego hypnotyzmu połączona, zrodziła u wielu wątpliwość co do rzeczywistości stanów hypnotycznych w ogóle, jakkolwiek prof. Lasègne, poważny lekarz i pisarz, niedawno wywoływał stany hypnotyczne u hysteryczek, za pomocą położenia ręki na czoło i na oczy choréj, (*Archive générale* 1865, T. II). Hasse (*Krankheiten des Nervensystems*, str. 246) czyni z powodu wielkiego tańca Witowego albo germańskiego następującą uwagę: „Napady wielkiego tańca Witowego łączą się z jednéj strony ze stanami hypnotycznemi nieprawidłowemi, z nocoblędem, hysteryją i z innemi chorobami nerwowemi, lecz z drugiéj strony zabobon i żądza cudów, przesada, oszukaństwo i łudzenie samego siebie, złączyły z tą chorobą mnóstwo przewrotności i potworności oraz dały podstawę do nauk bałamutnych o czuciu metali, o jasnowidzeniu i o magnetyzmie zwierzęcym. Są w tém niewątpliwie jakieś ciemne i niezbadane zjawiska, w obec których jednak należy zachować powściągliwość ostrożną.

Charcot jednak zbadał nie tylko prawidła napadów hysterycznych, nie tylko podjął się na żądanie Towarzystwa bijologicznego w Paryżu, osławionéj metaloterapii Burqa; lecz zdecydował się na zbadanie stanów hypnotycznych, kata-

lepsyi hysterycznéj i somnambulizmu, które w tym celu wywołuje sztucznie, jak tego byłem naocznym świadkiem dnia 10 czerwca br. podczas mojéj bytności w laboratoryjum doświadczeń w Salpêtrière. Lecz posłuchajmy naprzód co inni o têm mówią a co sam Charcot?

Doświadczenia z hypnotyzmem sztucznym rozpoczął Charcot przy sposobności sprawdzania tak nazwanéj metaloterapii Burqa; nie czynił on tego jednak z fantazyi własnéj, z ciekawości lub chęci wywołania wrażeń uderzających. Zimny obserwator, przenikliwy badacz, logiczny myśliciel a nadto wszystko, charakter karny sam w sobie i prawy, byłby pogardził wszelkiemi pobudkami, które nie wyszły z ducha umiejętności i prawdy i któreby nie prowadziły do prawdy. Wiedział on, że metaloterapija, którą Burq głosił od 1851, że wywoływanie i nadużywanie hypnotyzmu sztucznego, wyszły z owych praktyk ciemnych i dla swéj bezinteresowności podejrzanych, które po ich autorze mesmeryzmem pospolicie zwiemy. Chociaż inni lekarze, jak A. Despine w r. 1820, Elliotson w r. 1838, używali złota przeciw przypadłościom hysteryi i jak twierdzili, z dobrym skutkiem; chociaż metaloterapija Burqa była niejako publicznie stwierdzoną w r. 1869 w szpitalu Lariboisière pod dobrą firmą: Hérarda i Verneuila; to jednak Charcot nie stósował jéj na swoim oddziale, ani téż nigdy i nigdzie za nią nie przemawiał, trzymając się prawdopodobnie zdania podobnego, jakie wyrzekł o niéj prof. Oettinger: „Słabym, cichym, konającym już prawie odgłosem poruszającego niegdyś gorączkowo wszystkie umysły magnetyzmu, jest metaloterapija Burqa. Nie ma ona już owéj zuchwałéj buty wdzierania się w krainę niedościgłych zmysłom duchów, jest ona daleko skromniejsza i o ziemskim radaby utrzymać się chlebie. Tłumaczy się też, jak może jasno i odwołuje się do doświadczenia zmysłowo-lekarskiego, by przekonać każdego, że nie jest upiorem, ani nieboszczykiem, lecz istotą cielesną z tego doczesnego świata, bo jest w niéj coś, że nie powiem, ale pomimo to wzbudza niedowierzanie guślarskiego, tajemniczo mrocznego.“ (Umiejętność lekarska w obec szkół; Kraków 1863, str. 128).

Dopiero gdy Towarzystwo bijologiczne w Paryżu, na posiedzeniu swojém z sierpnia 1876 wybrało komisyję złożoną z Charcota, Luysa i Dumonpaillera w celu zbadania téj tak nazwanéj metaloterapii i zdania o niéj sprawy, Charcot zajął się tą rzeczą i przystąpił do niéj nie w innéj myśli jeno w téj, ażeby odkryć czynnik fizyczny, który działa i sprawdzić fakta działania. Już 13 stycznia 1877, na posiedzeniu Tow. bijologicznego podał pierwszą wiadomość o fakcie sprawdzonym, że anestezyja hysteryczna i organiczna ustępuje pod wpływem płytki jednego z metali przyłożonéj do skóry po stronie znieczulicy; lecz zarazem podnosi, że to dzieje się zapewne za przyczyną elektryczności, gdyż pod wpływem faradyzacyi anestezyja hysteryczna także ustępuje czasowo. (*Gazette des hôp.*, 1878 str. 44).

Wiadomo, że to przypuszczenie Charcota stwierdził Régnard za pomocą doświadczeń fizycznych, które dowiodły, że zetknięcie się metali z powierzchnią ciała hysteryczek, badanych w Salpêtrière, wywołuje prądy galwaniczne bardzo słabe. Eulenburg dowiódł to samo na osobach zdrowych (*Wiener medicin. Presse* 1879 str. 110); tudzież Schiff, jak się dowiadujemy właśnie z „Przeglądu Lek.“ tegorocznego, z Nru 40.

Tak więc owa „idiosynkrazyja metaliczna“ owa strona „guślarska i tajemniczo-mroczna,“ jaka w Burqizmie figurowała, ustąpiła przed znaną siłą elektryczną, którą Charcot w metaloterapii odgadł, a inni ją odkryli i stwierdzili.

Nie potrzebuję tu rozwodzić się nad objaśnieniem poszczególném téj tak nazwanéj metaloskopii właściwéj metaloterapii zewnętrznéj i wewnętrznéj, oraz nad rezultatami praktycznemi, jakie za pomocą niéj dotąd otrzymano we Francyi, w Anglii i w Niemczech, gdyż czytelnik powziął o têm wiadomość dostateczną z „Przeglądu Lek.“ z r. 1878, str. 110, 149, 151, i może ją uzupełnić sobie z artykułów *W. med. Presse* z rb. skreślonych przez Eulenburga, gdzie także znajdzie spis literatury odnośnéj. Wykład szczegółowy Charcota o skuteczności metali wewnętrznie zadawanych w Salpêtrière przeciw przypadłościom hysteryi ciężkiéj, z przytoczeniem historyj choroby i przebiegu leczenia samego, znajdujemy w *Gazette médicale de Paris* 1878, str. 419, 436, 450.

O skuteczności metaloterapii nic nie umiem powiedzieć z własnego doświadczenia, jakkolwiek widziałem „rekonwalescentki“ z oddziału Charcota, co jednak bynajmniéj nie wystarcza do powzięcia o têm własnego zdania.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Choroby nagminne w Galicyi w ciągu września 1879.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem sierpnia	przybyło	z tych: wyzdrowiało	z tych: umarło	z tych: pozostało w leczeniu: chorych	z tych: pozostało w leczeniu: w gminach
Ospa	1	6313	—	6	6	—	—	—
Odra	15	30832	72	729	586	60	155	8
Płonica	18	16062	71	353	220	81	123	11
Błonica	60	89688	41	1040	380	535	166	39
Dur brzusz.	14	10364	53	222	204	10	61	5
Dur osutkow.	9	5866	13	97	62	11	37	7
Krztusiec	44	66764	902	1916	1497	131	1190	26
Czerwonka	40	35335	311	792	624	125	354	30

Dr. Merunowicz.

* W sprawie duru w Krynicy otrzymaliśmy list następujący od kol. prymaryjusza Dra Opolskiego we Lwowie:

„Z powodu nieobecności méj we Lwowie dziś dopiero donoszę, że następujące znane mi są przypadki duru zawleczonego z Krynicy do Lwowa.

1) Pani P. S. małżonka urzędnika rozchorowała się na dur w 4 dni po powrocie z Krynicy i chorowała 21 dni. Ja byłem jéj ordynaryjuszem.

2) Synek 4-letni p. hr. C. zachorował po przyjeździe do Lwowa na dur brzuszny. Chorował dni 21. Ja byłem ordynaryjuszem a protomedyk Biesiadecki konsultantem.

3) Pani St. R. nauczycielka zachorowała w Krynicy; zaraz po powrocie do Lwowa sprawdziłem u niéj dur bardzo ciężki z przypadami mózgowemi. Obecnie leży bez nadziei, albowiem po tyfusie wywiązała się gruźlica płuc. Ordynar. ja i Dr. Chądzyński.

4) Pani A. P. żona urzędnika. Ord. Dr. Berthleff.

5) P. T. obywatel z Rohatyńskiego nabawił się duru w Krynicy, a przebył go w Szczawnicy; mieszkał tamże w tym samym domu, w którym mieszkała p. hr. C. ze synkiem, a który to ostatni więc pośrednio uraczył się durem z Krynicy.

6) P. S. urzędnik kolei Albrechta chorował po powrocie z Krynicy przez 5 tygodni na dur. Ord. Dr. Szattauer.

7) Pani M., żona kupca tutejszego, chorowała już w Krynicy i leczoną już była podobno na „*febris gastrica;*“ we Lwowie stwierdzono dur brzuszny. Wiadomość tę mam od Dra Szattauera, który mi zarazem podał, że leczył i p. M. żonę tutejszego zegarmistrza na dur, który przywiozła z Krynicy.“

Tym sposobem do poprzednio przez nas wykazanych 16tu przybywa jeszcze 7 przynajmniéj przypadków; razem więc 23

przypadki duru pochodzącego z Krynicy. Do sprawy tej zresztą niezadługo powrócimy.

(*G*) Dekretem Prezydenta rzeczypospolitéj francuskiéj z dnia 7 października rb. zorganizowaną została na nowo Rada zdrowia ustanowiona w ministerstwie handlu i rolnictwa. Zadaniem jéj ma być: badanie kwestyi kwarantan, obmyślanie środków zapobieżenia i ochrony od epidemij i środków odnoszących się do poprawy sanitarnych stosunków ludności fabrycznéj i wiejskiéj, popieranie szczepienia, poprawa stosunków zdrojowisk a to aby można je uczynić dostępniejszemi dla ubogich i mniéj zamożnych chorych. Daléj ma się zajmować ta Rada sprawami dotyczącemi urządzenia i organizacyi Rad zdrowia i Komisyj, nadzorem policyjnym służby zdrowia i aptekarskiéj i higijeną rzemiosł. Rada oznacza Ministrowi te sprawy, które życzy sobie aby jeszcze były przedłożone Akademii lekarskiéj. Rada składa się z 20 członków. W skład jéj wchodzą: 1) Dyrektor departamentu handlu i konsulatów w ministerstwie spraw zewn. 2) Przewodniczący wojskowéj Rady zdrowia. 3) Jeneralny Inspektor prezydent najwyższéj Rady zdrowia dla marynarki. 4) Jeneralny dyrektor ceł. 5) Dyrektor zarządu spraw dla ubogich (*Asistance publique*). 6) Dyrektor departamentu spraw wewn. w ministerstwie handlu i roln. 7) Jeneralny Inspektor służby zdrowia. 8) Jeneralny inspektor wyższéj szkoły weterynaryi. 9) Inspektor budownictwa w ministerstwie handlu i roln. Resztę członków, wśród których ma być 8 lekarzy, mianuje Minister. Członkowie téj Rady za obecność na posiedzeniach otrzymują wynadgrodzenie. Równocześnie zamianował Minister: Dra Wurtza słynnego chemika prezesem téj Rady, a członkami: Drów Brouardela, Gavarreta, Petera, Gallarda, Prousta, Liouvilla, Dubrisaya oraz radcę państwa Tirmanna i Germer-Bailliêra w Paryżu, sekretarzem zaś Dra Vallina prof. w Val de Grâce a nakoniec sekretarzem honorowym Am. Latoura.

(*G*) W zakładzie higijenicznym w Monachijum od listopada rb. utworzonym zostanie oddział do badań pożywek i innych przedmiotów. Wszelkie badania tego rodzaju wykonywać będzie ten oddział na żądanie magistratu za ryczałtową roczną opłatą 1200 marek.

(*G*) Pruski trybunał sądowy wyższy uznał w jednym z nie dawnych swych orzeczeń, że używanie tytułu doktorskiego udzielonego przez uniwersytet w Filadelfii nie podpada karze z §. 360 Nr. 8 panstwowego kodeksu karnego.

(*G*) W skład nowowybranéj pruskiéj Izby deputowanych wchodzą następni lekarze: prof. Dr. Virchow, Dr. Strassmann, Dr. Löwe, Dr. Holtze, Dr. Weber, Dr. Thilenius i Dr. Fackeldey.

Statystyka epidemij. W tyg. 41 ospa miała przeważnie łagodny przebieg. W Londynie nie umarł nikt (pierwszy raz od kwietnia 1876) zapadło 5. leczyło się w szpitalach 42. W Paryżu umarło tylko 9. w Bukareszcie 5, w Barcelonie 3, w Petersburgu 11, w Odesie 2. w niektórych innych miastach po 1. Płonica zabrała w Bukareszcie jeszcze 30 ofiar. W Petersburgu umarło 3 osób z duru osutkowego.

W tygodniu 42 umarło w Krakowie z chorób zakaźnych: 8 osób: 6 z ospy nieszczepionych (w ulicy Różannéj L. 417, w ul. Zwierzynieckiéj L. 41. w ul. Grodzkiéj L. 103, w ul. Wolskiéj L. 72, 2 w ul. Łobzowskiéj L. 100); 1 z dławca (na Stradomiu L. 8); 1 z duru brzusznego (w ul. św. Rocha L. 461); a doniesiono w tymże tygodniu o następujących przypadkach chorób zakaźnych: 4 duru brzusznego (z ul. Józefa L. 251. ze szpitala św. Lazarza, z Borka Fałęckiego, z ul. Mikołajskiéj L. 455), 7 ospy (2 z ul. Grodzkiéj L. 87, z ul. Wolskiéj L. 72, z ul. Zwierzynieckiéj L. 41, ze szpitala, 2 z ul. Długiéj L. 2); 2 płonicy (z Rynku L. 11 i z ul. Grodzkiéj L. 88); 3 dławca (z ul. Zwierzynieckiéj L. 30, z ul. Mikołajskiéj 455, z ul. Szpitalnéj L. 383).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 41 umarło w Krakowie na rok i 1.000 mieszkańców 25,8; we Lwowie 28,2; w Warszawie 25,9; w Poznaniu 32,2; w Wiedniu 23,2; w Pradze 34.4; w Tryjeście 33,7; w Berlinie 24,9; w Hamburgu 23.9; w Monachijum 34,1; w Dreznie 22,7; w Wrocławiu 28,3; w Lipsku 25,7; w Bazylei 23,8; w Brukseli 22,2; w Paryżu 23,3; w Londynie 19,7; w Kopenhadze 26,3; w Stokholmie 18,1; w Chrystyjanii 15,2; w Petersburgu 30,4; w Odesie 33,1; w Bukareszcie 34,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

(*G*) **Kraków**, d. 24 października. Dowiadujemy się, iż Rada zawiadowcza Tow. lek. gal. zawarła układ z Towarzystwem wzajemnych ubezpieczeń w Krakowie mocą którego pośredniczyć będzie między lekarzami chcącemi zabezpieczać się na życie a Towarzystwem, w zamian zaś za to opłata jaką zwykle ajenci zabezpieczający pobierają wpływać będzie w całości do funduszu żelaznego Tow. lek. gal. Zabezpieczający się nie będą więcéj płacili a mimo to wzrastać będzie fundusz żelazny Towarzystwa, którego odsetki wedle ustawy Tow. lek. gal. służyć mają na stałe roczne pensyje dla wdów i sierot po członkach Tow. Ze względu na tak szlachetny cel tego funduszu zwracamy więc uwagę lekarzy mających chęć ubezpieczyć się na życie na możność dokonania tego za pośrednictwem sekretarza Tow. lek. gal. w ten bowiem sposób przyczynią się do pomnożenia funduszu żelaznego Tow. lek gal. namieniając, że i lekarze nie należący do Tow. lek. gal. z tego pośrednictwa korzystać mogą.

(*G*) W Nrze poprzednim donieśliśmy iż prof. Brücke obrał sobie za temat do wykładu przy inauguracyi jako rektor uniwersytetu wiedeńskiego sporną kwestyję: czy studyja klasyczne w gimnazyjach uprawiane są potrzebne dla kandydatów medycyny? Namieniliśmy już, iż mowca uznał takich, którzy ukończyli szkoły realne za niedostatecznie przygotowanych do nauk lekarskich ciekawą atoli jest rzeczą poznać cale rozumowanie tak znakomitego fizyjologa, dlatego podajemy tu krótki zarys treści tego wykładu. Najpierw zastanawia się prof. B., czy lekarz potrzebuje znać język łaciński i grecki? Wprawdzie nomenklatura lekarska jest częściowo łacińska a częściowo grecka ale każdy język posiada téż własną nomenklaturę lekarską, którą tylko dlatego mniéj się posługujemy, iż łacińska i grecka są krótszemi. Możnaby więc wykształcić nomenklaturę lekarską w każdym języku i moglibyśmy się obejść bez nazw łacińskich i greckich.

Dziś nikt już nie czyta pism lekarzy greckich i rzymskich, a na te, które dziś ogłaszane są po łacinie, nikt wkrótce uwagi zwracać nie będzie. Przyjdzie téż czas, że będą lekarze posiadający więcéj od nas wiedzy lekarskiéj, a przecież nie umiejący ani po łacinie ani po grecku. Czyż jednak mamy do tego przykładać rękę, aby nadejście téj chwili przyspieszyć?

Wyrzekając się znajomości języków starożytnych. wyrzekamy się téż wielu innych rzeczy, które życie ludzkie upiękniają i uszlachetniają. Ucząc się tych języków kształcimy się także moralnie, a któryż zawód więcéj potrzebuje moralności niż zawód lekarski. Lekarz każdy powinien posiadać oprócz wiedzy zawodowéj także duży zapas moralności, nieraz bowiem znajduje się w potrzebie rozstrzygania kwestyj co do podejmowania operacyj, przyczém moralnością powodować się winien. Lekarze posiadają władzę z jednéj strony przynoszenia pomocy a z drugiéj i szkody, winni być moralni łagodni, ludzcy jak siostry miłosierne, odważni i poświęcający się jak żołnierze a w jakiż sposób nabędą tych przymiotów gdy za młodu nie przejmą się zasadami moralności. Wprawdzie nie każdy odnosi pożądane w tym kierunku owoce z nauk gimnazyjalnych ale musielibyśmy zupełnie zmienić nasze zapatrywania, gdybyśmy naukom klasycznym odmawiali wpływu umoralniającego. Sposób nauczania po gimnazyjach wymaga koniecznych zmian, a to w tym kierunku aby więcéj przywiązywać uwagi do zrozumienia pisarzy łacińskich i greckich aniżeli do tego, aby uczniowie poprawnie wyrażali się w tych językach. Zmiany w tym duchu w sposobie nauczania w gimnazyjach są potrzebne nie tylko ze względu na lekarzy ale i ze względu na kandydatów innych zawodów, z których w każdym podobne pojmowanie zadania gimnazyjów będzie pożyteczne. Stanowisko lekarzy nie jest inne jak ludzi naukowych innych zawodów, powinni téż oni naukowo tak być wykształconemi jak ludzie innych zawodów, jeżeli zaś od innych wymagamy studyjów klasycznych musimy ich wymagać i od lekarzy. Mniejszy stopień wykształcenia ogólnego dla ludzi tak ważne mających zadanie do spełnienia jest nieodpowiedni, dlatego szkoły chirurgów są niestósowne. Nie są one w stanie zapobiedz miejscowemu, w niektórych okolicach brakowi lekarzy, ale w tym celu służą nam poprawa stosunków i ułatwienie nauki medycyny.

(Wypływa więc z téj przemowy prof. B. że potrzebną jest koniecznie rychła reforma naszych gimnazyjów.)

(*G*) **Wiedeń.** Wszelkie wykłady w tutejszym wydziale lekarskim już się rozpoczęły. Liczba nowo zapisanych na pierwszy rok jest znacznie większą niż w latach poprzednich. Przybyła też jak zwykle znaczna liczba lekarzy obcych.

Do *Allg. Wien. med. Zeitung* donoszą z Monachijum, iż na pierwszém powakacyjném posiedzeniu Tow. lek. w Monachijum prof. Rüdinger okazał naśladowany wzór ciała ludzkiego złożony z ośmiu przekrojów prostopadłych, które można składać i rozkładać jak kartki w książce. Te 16 a względnie 14 przekrojów ciała przedstawiają jak najdokładniéj gdy są otwarte w naturalnym kształcie i naturalnéj barwie wszystkie anatomiczne szczegóły od głowy aż do pośladków. Pojedyncze te warstwy zostały odlane z ciała w zamrożonym stanie przez zręcznych młodych artystów braci Zeillerów pod kierunkiem prof. Rüdingera. Bardzo ciekawy przedstawia się obraz gdy pojedyncze te części stojącego na podstawie ciała otwieramy lub zamykamy. Lepszy obraz uzmysławiający dla nauki klinicznéj trudno sobie wyobrazić, prof. Ziemssen nazwał go też europejskim unicum.

(*G*) **Wiadomości osobowe.** Radzca rządowy i lekarski Dr. Wasserfuhr w Strasburgu został mianowany radzcą ministeryjalnym w ministerstwie dla Alzacyi i Lotaryngii.

Nekrologija. W Bonnie umarł radca lekarski Dr. Mohr od lat 15 docent Uniw. tamtejszego znany ze swych prac na polu farmacyi i chemii lekarskiéj.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 20: Lutostańskiego: O ścianach i wyprawie tychże ze stanowiska zdrowotnego (c. d.); w *Medycynie* Nr. 42: Klinka: Kilka uwag z powodu wycinania t. zw. szankrów twardych; w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 16: Perkowskiego: Rak prawéj szczęki górnéj; prof. Dogiela: Poszukiwania farmakologiczne (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. A. JURASZ (w Heidelbergu): Ein Fall von Lähmung der Mm. crico arytaenoidei postici nach Keuchhusten. (Osobne odbicie z *Jahrb. f. Kinderheilk.* N. F. XIV, in 8vo, str. 3.)

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

W Administracyi

PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO

jest do pozbycia niewielka liczba kompletnych egzemplarzy **Przeglądu Lekarskiego** z lat 1873, 1874, 1875, 1876 i 1877

W ADMINISTRACYI
Przeglądu Lekarskiego

nabyć można odbitek z wykładu

Protomedyka Dra Biesiadeckiego

Sprawozdanie o przebiegu dżumy w Gubernii Astrachańskiéj w zimie 1878/9.

Cena 25 cent. Należytość można nadesłać markami pocztowemi.

Książki lekarskie oraz instrumenta chirurgiczne i położnicze po pewnym zmarłym lekarzu są do pozbycia.

Wiadomości udziela **Dr. Mars** asystent kliniki położniczéj. (Kraków, Wesoła Nr. 47).

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 1 listopada 1879. № 44. Rok XVIII.

I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.

Choroby narządu oddechowego.

I. Zapalenie płuc dławcowe.

Opracował Dr. St. Smoleński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Umiejscowienie nacieku zapalnego uwidocznia następujące zestawienie: Płuco prawe: płat środkowy 12 razy, dolny 4, górny i środkowy 1 raz, środkowy i dolny 19, całe płuco 3 razy; razem 39. Płuco lewe: płat górny 2 razy, dolny 6, całe płuco 13 razy; razem 21. Obustronne zapalenie: całe płuco prawe i górny płat lewego płuca 1 raz, płaty środkowy i dolny płuca prawego i dolny lewego 1 raz, płaty dolny prawego płuca i dolny lewego 1 raz; razem 3. Raz tylko postrzegano naciek ograniczony do części środkowéj płuca, t. zw. *pneumonia centralis.* Przypadek ten przytoczę w krótkości.

M. S. 11-letnia córka posługaczki klinicznéj, dotąd zdrowa. Dnia 28/3 1878 kłucie w boku prawym, ból głowy, gorączka, bezsenność; następnego dnia mierne rozwolnienie, kaszel z plwociną krwawą. Dnia 28/3 rano ciepł. 39·°C., t. 128; wiecz. 39·8°C., t. 124. Badanie przedmiotowe nie wykazało żadnych zboczeń w narządzie oddechowym, prócz nielicznych rzężeń pęcherzykowych z tyłu u dołu po str. prawéj; prócz tego dość znaczny obrzęk śledziony. Dnia 30/3 rano 40·6° C., t. 104, stan ten sam, w moczu nieznaczna ilość białka, chlorki zmniejszone: wieczorem po str. prawéj od 5go żebra z przodu ku dołowi odgłos nieznacznie bębenkowy, podobnież z tyłu poniżéj kąta łopatki prawéj. Z przodu wdech i wydech nieoznaczony, z tyłu wdech ostropęcherzykowy, wydech nieoznaczony, zbliżony do oskrzelowego, plwociny krwawe. Wiecz. ciepł. 40·5°, t. 108. D. 31/3 r ciepł. 37·3, t. 96; wiecz. 37·4°, t. 92. W miejscach wczorajszego odgłosu bębenkowego odgłos niebębenkowy, wdech i wydech zaostrzony, nieliczne rzężenia pęcherzykowe. W następnych dniach znikły resztki zboczeń w narządzie oddechowym, a po podaniu chininu śledziona się zmniejszyła; d. 5/4 chora opuściła klinikę z małém obrzmieniem śledziony.

Według spostrzeżeń z kliniki ruchoméj stosunek zajęcia płuca prawego i lewego ma się jak 3 : 2.

Chronologija choroby. Dreszcz można o tyle uważać za początek choroby, o ile takowy jest jednym z pierwszych wyraźnych objawów zapalenia płuc; koniec choroby datuje się od spadku gorączki do stanu prawidłowego. Mniemanie datujące od czasów Hippokratesa, jakoby przesilenie się choroby przypadało zawsze w dni nieparzyste (stąd krytycznemi zwane), nie ostało się w obec nowszych ściślejszych postrzeżeń. Można tylko powiedzieć, że stosunek dni parzystych, w których występuje przesilenie się choroby, do nieparzystych ma się jak 2 : 3. W naszych przypadkach przesilenie występowało najczęściéj między 5 a 9 dniem, niekiedy jednak i znacznie późniéj.

Po przesileniu się stanu gorączkowego zazwyczaj dopiero w 2, 3 lub 4 dni, a czasem i późniéj dopiero rozpoczynało się rozdzielanie nacieku zapalnego. W kilku zaledwie przypadkach bezpośrednio po spadku gorączki, w miejscu poprzedniego stłumienia odgłosu wypukowego, występował odgłos stłumiono-bębenkowy, oddech oskrzelowy był mniéj szorstki i pojawiały się liczniejsze rzężenia pęcherzykowe. W żadnym zaś przypadku nie stwierdzono na pewno, by rozdzielanie się nacieku na całéj przestrzeni naciekiem zajętéj, wyprzedziło spadek gorączki, jak się to wyjątkowo istotnie przydarza. Daleko częściéj opóźniało się przesilenie stanu gorączkowego w przypadkach wcale nie powikłanych, jak niemniéj u ludzi źle odżywionych zauważano bardzo powolne ustępowanie nacieku zapalnego. Jako przykład takiego opóznionego rozdzielenia nacieku zapalnego niech posłuży następujący przypadek.

A. L., l. 33, wyrobnik. Przed 12 laty przebył dur, Dn. 1/5 1877 po kilkodniowym bólu głowy, ogólném rozstrojeniu, pojawił się dreszcz, gorączka, duszność, kłucie w okolicy prawéj łopatki, kaszel z plwocinami rdzawemi. W 8ym dniu choroby wstąpił chory do kliniki z objawami nacieku zapalnego w płucu prawém. Tegoż dnia ciepł. ranna 38·6°, t. 100, liczba oddechów 36; wieczór ciepł. 39·2°, t. 120, odd. 36.

W 9ym dniu choroby gorączka zaczęła opadać, w 10ym rano doszła ciepłota do 37·5°, ale już nazajutrz bez jakichkolwiek objawów rozszerzenia się nacieku wynosiła znów 40·0°, t. 108; poczém wahając się między 37·8°, a 39·2° i obniżając się stopniowo, być może pod wpływem podawanego kwasu salicylowego, utrzymywała się do 21 dnia choroby. Przez ten czas fizykalne objawy nacieku utrzymywały się prawie niezmiennie. Od 21go dnia choroby stan bezgorączkowy, naciek począł się powoli zmniejszać. Chory opuszczając po 3 dniach klinikę usunął się z pod dalszéj obserwacyi.

Zupełnie analogiczny przypadek, postrzegany w klinice krakowskiéj, opisał prof. Dietl (Przegląd Lek. 1862, Nr. 6), gdzie u wyrobnika 36-letniego naciek zapalny płuca prawego utrzymywał się niezmiennie 48 dni, gorączka ustąpiła 23go dnia choroby, dopiéro w 49ym dniu choroby po napadzie zimniczym naciek zapalny bardzo rychło zaczął ustępować, a chory wrócił do zdrowia w bardzo krótkim czasie. Dietl przyczynę tego opóźnionego rozdzielenia nacieku zapalnego czyli, jak sam nazywał, „chronicznego zapalenia płuc“, upatrywał w zakażeniu zimniczém krwi. Na niezbyt rzadkie stosunkowo opóźnianie się rezolucyi zwraca ponownie uwagę Leyden *(Berlin. klin. Woch.* 1879, Nr. 21), gdzie opisuje kilka przypadków zapalenia płuc, w których rezolucyja opóźniała się do kilku miesięcy.

Stałym objawem zapalenia płuc była gorączka. Czy ciepłota bywa podniesioną już przed dreszczem, jak przypuszcza Lebert *(Klinik der Brustkrankheiten I. 474.)*, ani dowieść ani zaprzeczyć nie możemy. W jednym z naszych przypadków, w którym u posługacza klinicznego, lat 63 liczącego, cierpiącego na nieżyt przewlekły żołądka, śród obserwacyi klinicznéj wystąpiło zapalenie płuc, ciepłota przed dreszczem nie była podniesioną.

Gorączka zawsze była prawie-ciągłą *(febris continua)*, ze zwolnieniami rannemi wynoszącemi 0·5 — 1·0 — 1·5° C. Ciepłota gorączkowa chorych okazywała często wahania dobowe, podobnie jak prawidłowa; każdą bowiem gorączkę uważać można jako złożoną z ciepłoty prawidłowéj $+ x$ stopni podwyższenia tejże ciepłoty. Dodatek ten może być niezmiennym, a wahania ciepłoty prawidłowéj mogą się odbywać tak jak w stanie fizyjologicznym, np.

L. S., 27-letni czeladnik stolarski, z zapaleniem płuca prawego, przybył do kliniki w 4ym dniu choroby. Przebieg ciepłoty, mierzonéj co 3 godziny, był następujący:

	Godziny					
Dzień choroby	7.	10.	1.	4.	7.	10.
4ty	38·4°	39·2°	40·0°	40·4°	40·2°	40·0°
5ty	(W dniu tym po podaniu 7·0 grm. salicynu nawiększe nasilenie gorączki przypadło na godz 7mą.					
6ty	39 4°	39·4°	39 6°	40·2°	40 0°	39·4°
7my	38.8°	39·0°	39·8°	40·0°	39 6°	39·4°
8my	36·8°	37·6°	37·0°	37·8°	37·4°	37·0°
9ty	Ciepłota prawidłowa.					

Najczęściéj ciepłota wahała się między 38·5—39·5—40·5° C.; niekiedy jednak dochodziła w godzinach wieczornych do 41·0° C. Ciepłota dochodząca do 41·0° C. nadaje przebiegowi choroby charakter bardzo ciężki, nie pozwala jednak rokować koniecznie niepomyślnie, zwłaszcza u osobników młodych, np.

A. G., lat 16, dotąd zawsze zdrów. Dnia 1/3 1878 silny dreszcz gorączka, majaczenia: nazajutrz kaszel i kłucie. Dn. 5/3 przyjęty do kliniki. Rozpoznano zapalenie płuca prawego, obrzęk śledziony zimniczy. Przebieg ciepłoty: 5/3 o godz. 12éj 40·3°. tętno 112, godz. 6ta 40·5°, t. 128; dn. 6/3 godz. 8 rano 40·4°, t. 114, godz. 6 wiecz. 41 1°, t. 132, godz. 7 wiecz. 40·3°, t. 124; dn. 7/3 godz. 8 rano 40 7°, t. 120. godz. 10 40·9°, t. 120, godz. 11 40·7°, t. 120, godz. 12 40·7°, t. 120, godz. 3 40·7°, t. 120, godz. 6 40·9°, t. 120; dn. 8/3 rano 37·0°, t 92, wiecz. 37·4°, t. 88 i t. d. Naciek rozdzielił się bardzo rychło, chory wyszedł zdrów.

Umiejscowienie sprawy zapalnéj w płucach ma według Jürgensena *(Ziemssen Handb. V, II, 57)* mieć wpływ na nasilenie gorączki; mianowicie twierdzi on, iż zapalenia płatów górnych przebiegają z wyższą gorączką aniżeli dolnych. Na podstawie naszych przypadków nie można było dojść do tego wniosku. Rychléj potwierdzać się zdaje zdanie, że u indywiduów młodych zapalenie płuc przebiega z większą gorączką niż u starych.

Przesilenie choroby, charakteryzujące się najdobitniéj spadkiem gorączki, odbywa się w ciągu kilku do kilkunastu godzin, np.

K. U., 22-letnia służąca z zapaleniem płuca lewego; gorączka aż do 6go dnia choroby włącznie wahała się między 39 2° a 40·4° C. W 7 dniu o godz. 8éj rano 39·7°, o 11éj 38·9°, o 3éj 38·1°, o 6éj 37·7° C. W 8ym dniu choroby i następnych ciepłota prawidłowa. Przypadek ten zarazem zasługuje na uwagę jako przykład, w którym przesilenie nie zjawia się, jak zwykle, w późnych godzinach wieczornych, lecz w ciągu całego dnia.

Gorączka bardzo wysoka dość często opadała do ciepłoty poniżéj prawidłowéj. W takich razach zazwyczaj wieczorem chory okazywał ciepłotę 39·5 — 40·5° C. ltp., a następnego dnia rano 36·0 — 36·5 — 37·0° C. ltp. Obniżenie ciepłoty w pierwszych dniach po przełamaniu choroby do stanu poniżéj prawidłowego zauważali wszyscy autorzy; jako najniższy spadek podają zwykle 36·0° C. I w naszych przypadkach było to regułą, jednakże w jednym ciepłota bezpośrednio po przesileniu utrzymywała się na znacznie niższym stopniu:

Małg. S., l. 50. *Pleuropneumonia sinistra.* Przebieg choroby prawidłowy. Aż do 8go dnia choroby gorączka dochodziła wieczorami do 39·2°. 8go dnia wiecz. spadła na 37·5°; 9go dnia rano 35·8°, wiecz 35·5°; 10go dnia rano 34·5°, wiecz. 34·8°; 11go dnia rano 34·0°, wiecz 34·2°: 12go dnia rano 34·5°, w. 36 1°, odtąd aż do 16go dnia, w którym chora jako rekonwalescentka opuściła klinikę, ciepłota wahała się około 36·0, tętno około 90. Podczas tak znacznego spadku ciepłoty nie było bynajmniéj zapadu *(collapsus)* a przedmiotowo wybadać się dały jeszcze resztki nacieku zapalnego, powoli się rozdzielającego.

Dość często na dzień przed przesileniem ciepłota ranna bywa już prawidłową, wieczorem podnosi się jednak jeszcze do dość znacznéj wysokości, (nie dochodząc wszakże zazwyczaj do wysokości dni poprzednich), następnego rana znów opada do prawidłowéj, (lub poniżéj prawidłowéj) i odtąd dopiero nie podnosi się już ponad granice ciepłoty fizyjologicznéj; np.

A. G., którego przebieg ciepłoty podałem już powyżéj; 7go dnia choroby wiecz. ciepł. 40·9°; 8go rano 37·4°, wiecz. 39·6°; 9go rano 37·0°, wiecz. 37·4° C. i t. d. — Albo też: F. K., 25-letni parobek, *Pleuropneumonia sinistra.* 8go dnia choroby wiecz. ciepł. 39·6°; 9go rano 37·5°, wiecz 40·2°; 10go rano 37·0°, wiecz. 37·0°; odtąd powoli opadała coraz niżéj, tak że dnia 14go choroby wynosiła 35·6°, wiecz. 36·0° C. i t. d.

W niektórych znów przypadkach po przesileniu się choroby ciepłota przez parę dni przebiegała niżéj prawidłowéj, następnie na 1 lub 2 dni podnosiła się do wysokości ciepłoty poniżéj gorączkowéj lub miernéj gorączki, która najczęściéj pojawiała się w godzinach, w których i ciepłota fizyjologiczna bywa najwyższą; np.

T. K., 26-letni wieśniak. *Pleuropneumonia dextra.* 9ty dzień choroby, wiecz. 40·2°; 10ty rano 37·6°, wiecz. 39·4°; 11ty rano 35·8°, wiecz. 35·5°; 12ty rano 36·0°, wiecz. 36·0°; 13ty rano 37·0°, wiecz. 37·8°; 14ty ciepł. prawidłowa.

Ponowne podniesienia ciepłoty po przesileniu się choroby częstokroć prawdopodobnie zależą od powstawania nowych nacieków zapalnych. Niekiedy daje się to stwierdzić fizykalnie, np.

S. F., l. 18, poprzednio cierpiał na zimnicę. Dnia 30/10 1877 dreszcz, kłucie w boku prawym, osłabienie, kaszel. Dn. 1/11 przybył do kliniki. Indywiduum wątłej budowy, niedokrewne, wiecz. c 40·0°, t 120, liczba oddechów 52, rozpoznano *Pneumonia bilateralis asthenica.* Aż do 6go dnia choroby włącznie wśród objawów wielkiego upadku sił ciepłota wahała się między 39·0° a 40·7°, t. 96 — 120, odd. 52 — 60 na minutę. W nocy z dnia 6 na 7 krisis. Naciek rozdzielał się w częściach dolnych dość raźnie, 7my i 8my dzień choroby z ciepłotą poniżéj gorączkowéj, w 9ym dniu rano 40·2°, t. 120, odd. 60, badanie wykazało jako przyczynę ponownéj gorączki rozszerzenie się nacieku zapalnego do szczytu prawego; stan gorączkowy trwał do 15go dnia choroby, poczém wśród objawów rozdzielania się nacieku świeżego chory począł rychło zdrowieć.

Niekiedy bezpośrednio przed samém przesileniem się choroby, ciepłota po raz ostatni podnosi się do największéj śród całego przebiegu wysokości (t. zw. *perturbatio critica)*; np.

W. B., 30-letni wyrobnik. *Pneumonia ambolateralis.* Aż do 5go dnia choroby włącznie ciepłota rano i wiecz. utrzymywała się między 38·2° a 40·0° C.; 6ty dzień choroby ciepł. rano 40·6° (najwyższa ciepłota z całego przebiegu), wiecz. 39·1; 7my dzień rano 38·7°, wiecz. 38·3°; 8my rano 37·1°, wiecz. 37·0°; 9ty rano 36·1° C. i t. d.

W ogóle powiedzieć można, że gorączka przebiegająca w zapaleniu płuc jako *subcontinua,* okazywać może najrozmaitsze modyfikacyje.

Tętno, dopokąd trwała gorączka, zawsze bywało przyspieszone. Zwykle w godzinach rannych liczba tętna wraz z podniesieniem ciepłoty bywała mniejszą niż w wieczornych. 100 — 120 uderzeń na minutę przy ciepłocie 40·0° C. należały do zwykłych objawów. Przyspieszenie tętna do 120 uderzeń na minutę, w naszych przypadkach nie miało tak doniosłego prognostycznego znaczenia, jakie mu przypisuje Griesinger, twierdząc, jakoby z przypadków z taką częstością tętna umierała $^1/_3$ część; w kilku przypadkach tętno uderzało 130 razy na minutę, a mimo to choroba zakończyła się wcale pomyślnie. Większe znaczenie miał niestosunek między wysokością ciepłoty a liczbą tętna; np. w jednym przypadku, który zakończył się śmiercią, ciepłota utrzymywała się między 38·4° a 39·4° C., a tętno wahało się między 120 a 136 uderzeń na minutę, podczas gdy w innych przypadkach, w których ciepłota wahała się między 40·2° a 41·1° C., tętno zaś między 112 — 132 uderzeń, przebieg był pomyślny. Rokowanie jest jeszcze wątpliwszém, jeżeli tętno prócz znacznéj częstości staje się nieregularném. Na podstawie naszych przypadków potwierdzić możemy zdanie Traubego *(Die Symptome der Krankh. der Respir. und Circulat. Apparate,* str. 60), że im indywiduum jest silniejsze, tém tętno w przebiegu zapalenia płuc jest mniéj częstém.

U indywiduów młodych i silnych, dotkniętych formą steniczną zapalenia płuc pierwotnego i niepowikłanego, tętno podczas całego przebiegu bywało pełne i twarde, u osobników zaś słabowitych, zwłaszcza wiekowych, choroba przybierała częstokroć charakter asteniczny a tętno bywało miękkie i małe, pod koniec życia bardzo często i nitkowate. Często bardzo tętno bywało dwubitne. Po przełamaniu choroby tętno równocześnie z ciepłotą wracało zazwyczaj do stanu prawidłowego, lub obniżało się poniżéj częstości prawidłowéj.

Wpływ zapalenia płuc na czynność serca jest dwojaki: najprzód naciek zapalny w płucu utrudnia przepływ krwi z komórki prawéj, zwiększając jéj pracę, powtóre sama sprawa gorączkowa, jak niemniej upośledzony dowóz tlenu i upośledzone odżywianie się zakłóca czynność serca. Stąd rozszerzenia komórki prawéj, stąd stłuszczenia mięśnia sercowego, częstokroć po śmierci wykazać się dające. Znaczne upośledzenie czynności serca było w paru przypadkach przyczyną ciężkich zapadów *(collapsus)* i omdleń. Rozszerzenie komórki prawéj można było w przypadkach ciężkich zawsze wykazać wypukiem, jeżeli temu nie stała na przeszkodzie rozedma zastępcza płuca lewego.

Ilość oddechów na minutę w przypadkach lżejszych wynosiła 30 — 48 — 52; w obustronném zapaleniu płuc nawet 60; u jednéj choréj z zapaleniem płuca prawego 48—64; u jednego z chorych w drugim dniu choroby liczba oddechów dochodziła nawet do 76 na minutę, a następnie aż do 6go dnia choroby wahała się między 42 a 60, tegoż dnia pod wieczór podniosła się znów do 64. Tegoż wieczora chory umarł.

Po przesileniu choroby gdy ciepłota i tętno są już prawidłowe, liczba oddechów przez kilka a nawet kilkanaście dni waha się jeszcze między 24 a 30, dopokąd nie spadnie do liczby prawidłowéj. Częstość oddechów zależała od rozległości nacieku zapalnego, od wysokości gorączki, od nasilania się bólu przy oddychaniu, jakiego chorzy z powodu zajęcia opłucny częstokroć doznają. Powikłanie z zapaleniem osierdzia, jak w jednym z naszych przypadków, wpływa również na tém znaczniejszą częstość ruchów oddechowych.

Jak znacznie opadają wartości pneumatometryczne i spirometryczne skutkiem zapalenia płuc, przekonano się w następującym przypadku:

U. J. P., 37-letniego murarza, chorego na zapalenie płuca lewego z obrzękiem zimniczym śledziony, spadek wysokiego stanu gorączkowego nastąpił z 11go na 12ty dzień choroby; jednakże w następnych kilku dniach ciepłota wieczorna podnosiła się jeszcze do 38·1°, gdy ranna wynosiła zaledwie 36·8° do 37·0° C. Podczas trwania wysokiego stanu gorączkowego, znacznego osłabienia a nawet niezupełnéj przytomności chorego, niemożebném było oznaczyć wartości ani pneumatometrycznych ani spirometrycznych. Nazajutrz zaś po spadku gorączki: wartość spirometryczna = 300 cm., wartość pneumatometryczna = + 20, – 24. W dwa dni późniéj wartość spirometr. = 400 cm., wartość pneumatometr. = + 24, – 24. W dwa tygodnie późniéj, gdy już prócz małéj wypociny opłucnowéj i obrzęku śledziony zimniczego inne zmiany chorobowe były ustąpiły, wartość spirometr. = 2250, wartość pneumatometr. = + 50, – 40. Spostrzeżenie to odpowiada zupełnie twierdzeniu Stolnikowa o zmniejszaniu się wartości pneumatometrycznych pod wpływem gorączki, a w części spostrzeżeniom Eichhorsta co do zachowania się sił oddechowych w zap. płuc.

Kaszel był stałym objawem zapalenia płuc. Dietl (Przegląd Lek. 1865, Nr. 1 i 2), który uważa kaszel nie jako skutek złożonéj w pęcherzykach płucnych wypociny zapalnéj, lecz jako następstwo nieżytu oskrzelowego i podrażnienia nerwów oskrzelowych, postrzegał niekiedy, że w zapaleniu płuc wcale kaszlu nie było „zwłaszcza w powikłaniu zimniczém lub durzycowém“. Często również zauważał brak kaszlu po przesileniu choroby, mimo że wypocina w płucach jeszcze istniała, z czego wnosi, że najmniejsza część wypociny zostaje wykrztuszoną, przeważnie zaś ulega wessaniu do krwi. W naszych przypadkach kaszel trwał dopóty, dopóki tylko resztki nacieku zapalnego wykazać się dały, a niekiedy i nieco dłużéj. U indywiduów silnych kaszel bywał częstszy i częstokroć krótki, urywany; u starców zaś i osobników nędznie odżywionych kaszel bywał mniéj częsty i nasilony. Kłucie w piersiach, zazwyczaj po stronie choréj, było bardzo częstém i dokuczliwém w pierwszych dniach choroby, nawet w przypadkach, w których przedmiotowo nie

można było wykazać zajęcia opłucny. Powikłaniu z zapaleniem opłucny odpowiadało kłucie dolegliwe, utrzymujące się aż do przesilenia się gorączki.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Przypadek amyotroficznego porażenia opuszkowego ze zwyrodnieniem dróg piramidalnych.

Skreślił Dr. A. Adamkiewicz,
Docent prywatny Uniwersytetu i starszy lekarz szpitala Charité w Berlinie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 43.)

Mamy tu jeszcze jednę okoliczność do uwzględnienia: w porażeniu opuszkowém amyjotroficznén, jak opisuje Leyden, (p. pow. str. 10.) mięśnie zanikle nie tylko tracą na objętości, lecz stają się miękkiemi, wiotkiemi i gębczastemi, tracąc powoli także pewien stopień napięcia *(Paralysie par resolution, Anatomische Lähmung)*. Według tego opisu luźnieją odnogi w stawach, niknie zwykły opór przy ruchach biernych, obwisając wolno podobnie jak i rysy twarzy; czasem wprawdzie znachodzimy skurczenia, skutkiem których powstają niekiedy ręce pazurowate *(Klauenhand)* i kopytonogi; skurczenia te jednak nie powstają na tle kurczowém, ale skutkiem nawykowego ułożenia członków, do którego się mięśnie zwolna przyzwyczajają.

W naszym przypadku mięśnie, o ile ocalały, o tyle znachodziły się w stanie wyraźnego kurczu.

Rysy twarzy u naszéj choréj niebyły obwisłemi, zatartemi, jak to w opisach porażenia opuszkowego czytamy, lecz owszem zbiegały się około ust, układając się do płaczliwego wyrazu twarzy. Zawszę tak silnie i stale były skurczone, że między oboma mocno zwartemi szeregami zębów tylko szparę grubości pióra utworzyć dozwalały. Wszystkie stawy przy biernych ruchach zdradzały pewien stopień sprężystości, cechującéj kurczowe ściągnięcie. Wiemy też, że i objawy ze strony ścięgien były wygórowane.

Ten obraz chorobowy jest o tyle ciekawszym, że u naszéj choréj był w ścisłym związku z symetryczną stwardzieliną boczną rdzenia pacierzowego *(Lateral-Sclerose)*, daléj że prócz amyotrofii wykazywał najważniejsze objawy uwiądu kurczowego *(Tabes spastica)*, którego anatomiczną podstawą według Erba i Charcota (Porównaj Adamkiewicz: *Die Secretion des Schweisses* itd. str. 27.), jakkolwiek tylko przypuszczalnie, ma być pierwotna stwardzielina symetryczna bocznych postronków *(Primäre symmetrische Sclerose)*.

Uwagi godném jest też zachowanie się w naszym przypadku nerwów i mięśni na działanie prądu przerywanego oraz prądu stałego. O ile mi się to za życia uwidocznić dało, mieliśmy tam kombinacyje z jednéj strony między pobudliwością faradycznie prawidłową, zmniejszoną i zupełnie zmienioną, a z drugiéj galwanicznie prawidłową, zmniejszoną lub zniesioną. Były bowiem między niemi wszystkie znane stopnie zachowania się elektrycznego, tak ilościowe zmniejszenie pobudliwości przy działaniu obu rodzajów prądów, jak i zupełne téjże zmienienie, czyli zwyrodnienie mięśni. Znaleźliśmy daléj formę pośrednią zniesienia pobudliwości na wielu mięśniach, tj. zachowaną pobudliwość na prąd przerywany, a zupełnie zniesioną na prąd stały. Forma ta, jak niedawno Erb (*Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* T. IX. Zeszyt 2. W odbitce str. 2.), wykazał, ma się pojawiać w porażeniu opuszkowém postępującém i w wielu innych cierpieniach mięśni, zawisłych od spraw zapalnych odnośnych nerwów. Wreszcie znaleźliśmy osobliwość, dotąd na mięśniach nieobserwowaną, a mianowicie, że niektóre z nich na prąd przerywany wcale nie oddziaływały, a przecież przy użyciu prądu galwanicznego zdradzały pobudliwość mięśni prawidłowych ($KSz < SSz$).

To szczególne zachowanie się mięśni nazwałbym „Izogalwanicznem oddziaływaniem", *(Isogalvanische Reaction)* i przypuszczam, że znachodzimy je w tych przypadkach cierpień mięśni, w których włókienka mięśniowe, same zdrowo zachowane, potraciły swe nerwy skutkiem zwyrodnienia.

Wreszcie i zmiany wyszczególnione w rdzeniu przedłużonym i pacierzowym, w naszym przypadku dostarczą nam pożądanego materyjału do uzupełnienia obrazu zmian anatomicznych, dotąd nie zbyt licznych w amyotroficznéj stwardzieliźnie bocznéj. Mamy bowiem tylko sześć dokładnych sprawozdań sekcyjnych porażenia opuszkowego, które zawdzięczamy Charcotowi i Jofroy, (*Arch. de physiologie* 1869, str. 354). Leydenowi. (*Archiv für Psychiat. und Nervenkrankheiten.* Tom. III, fol. II i Tom VIII, fol. II), Charcotowi, (*Leçons sur les maladies etc. Des amyotrophies spinales* Tabl. IV i V), i Barthowi. (*Archiv d. Heilkunde.* Tom XV.)

Jak w powyższych przypadkach tak też i w naszym chodziło w ogólności o chorobową zmianę w szarych rogach przednich, połączoną z uwiądem i zanikiem wielkich komórek w przednich rogach. Tak tam jak i tu mamy do czynienia z zanikiem jąder nerwu podjęzykowego, co do funkcyj swych odpowiadających komórkom rogów przednich; daléj widzimy w wszystkich przypadkach zwyrodnienie włókien powyższego nerwu i wielkiéj ilości przednich korzeni rdzenia pacierzowego. W końcu wspólnym jest przypadkom wszystkim zanik mięśni i tak zwana stwardzielizna postronków bocznych, oraz piramid w rdzeniu przedłużonym; w szczególności jednak był w naszym przypadku rdzeń przedłużony siedzibą znacznego przekrwienia.

W znacznéj ilości historyj chorób dotyczących porażenia opuszkowego podane są bóle w karku i szyi, gniecenie w piersiach, duszność i omdlenia, któreto objawy i u naszéj choréj krótko przed śmiercią spostrzegaliśmy. Znając czynność fizyjologiczną rdzenia przedłużonego, nie mogliśmy się oprzeć przypuszczeniu, że powyższe przypady skutkiem przekrwienia tego narządu wystąpiły. Zmiany w rdzeniu przedłużonym naszéj choréj wykazały też, że powyższe przypuszczenie nie jest bez podstawy.

Co się tyczy rozpostarcia zwyrodnienia, przypuszczono jednozgodnie, że jądra nerwu podjęzykowego i wielkie komórki przednich rogów są mniéj lub więcéj zanikłe, i że ten zanik najwyraźniéj w części szyjnéj rdzenia, mniéj w piersiowéj a najrzadziéj w lędźwiowéj występuje. Dokładne wskazówki znajdujemy tylko u Charcota, *(Leçons sur les maladies etc.)*, który w swoim przypadku szczególną zwraca uwagę na to, że komórki słupków Clarkego żadnéj zmianie nie uległy. Leyden *(Arch. f. Psychiat. und Nerven-Krkhtn.* Tom VIII. Odbitka str. 34, wiersz 37) znalazł w pierwszym swym przypadku prawdopodobnie w zupełności zachowane słupki Clarkego i komórki rogów bocznych; a Flechsig

(Ueber Systemerkrankungen. etc. str. 133), który przeglądał okazy z przypadku Bartha, znalazł prawidłowe słupki Clarkego.

Aby także zawsze w tém zwyrodnieniu brała udział i szara istota, jak to podaje Charcot, a badania Leydena wykazać usiłują, Flechsig *(ibidem.* str. 133. uwaga) na podstawie swych badań nie potwierdza. W moim przypadku znaleźliśmy: zupełne zwyrodnienie jąder nerwów podjęzykowych, prawie zupełny zanik tak wielkich komórek w rogach przednich jak i w szlaku przednioboeznym *(Tractus intermedio-lateralis)* aż do rdzenia lędźwiowego, daléj mieliśmy wcale nietknięte komórki słupków Clarkego i widoczną zmianę szaréj istoty na obszarze zajętych zwojów. Istotę szarą znaleźliśmy bardzo cienką, ubogą w włókna rdzenne nerwowe, o niezwykłém wejrzeniu i pilśniowatéj budowie wspory nerwowéj.

Pod względem tych zmian w szaréj istocie mój przypadek w zupełności odpowiada wynikom badań Charcota. Biała istota, jak sobie przypominamy, przedstawiała mocne zwyrodnienie dróg piramidalnych na całym przebiegu i małe zajęcie wiązek przedniopostronkowych oraz resztek postronków bocznych w górnéj części szyjnéj i w zgrubieniu szyjném rdzenia.

Tego rodzaju kombinacyja zwyrodnień dwa razy tylko była obserwowaną przez Charcota *(Des amyotrophies spin.* itd. Tabl. IV i V.) i Leydena (w odbitce. Tabl. XII, fig. a), podana jednak tylko w ogólnych zarysach; wypadałoby więc zwrócić uwagę na zachowanie się białéj istoty w moim przypadku.

W rozkładzie tego silnego zwyrodnienia na przednie i boczne postronki nie mamy nic uwagi godnego.

Pracom Flechsiga zawdzięczamy znajomość przebiegu włókien piramidalnych. W znacznie większéj liczbie przypadków większa część włókien piramidalnych się krzyżuje i przechodzi do tylnych działów bocznych postronków, jakkolwiek krzyżowanie się to, jak i bezpośrednie przebieganie włókien w piramidach, licznym indywidualnym zmianom podlegać może.

To samo tyczy się też mojego przypadku, zkąd pochodzi, że w postronkach bocznych większy a w przednich mniejszy leży obszar degeneracyjny, daléj że drogi piramidalno-bocznopostronkowe zwyrodnione sięgają aż do stożka rdzeniowego, a zwyrodnione drogi piramidalno-przedniopostronkowe kończą się już w zgrubieniu szyjném.

Ze względu na ułożenie i kształt, nie przedstawiają nic szczególnego obie zwyrodnione drogi piramidalne. Z uwagi, że według badań Flechsiga *(Ueber Systemerkrkngn,* itd, str. 53. Tabl. VI, fig. 2 pv. — Tabl. VII, fig. 1 pv.) kształt wiązki piramidalnéj przednio-postronkowéj tak indywidualnym jak i miejscowym zmianom podlega, że się kształt ten na przekroju zbliża do elipsy, o poprzecznie ustawionéj krótszéj osi, to nie będziemy wielkiéj wagi przywiązywać do rzadkiego bezwątpienia kształtu przekroju tych postronków w naszym przypadku. Przedstawiają one na przekroju półksiężyce, (fig. I *d*) okalające rogi przednie, osłaniają zarazem symetrycznie po obu stronach krawędzie, utworzone z postronków przednich rdzenia pacierzowego obok przedniéj bróżdki podłużnéj.

W każdym więc razie ogranicza się to mocne zwyrodnienie w białéj istocie chorego rdzenia do obszaru dróg piramidalnych, zatém do narządu dróg nerwowych, które według Flechsiga tak pod względem swego rozwoju jak i czynności jednę tworzą całość. Zwyrodniona ta część odgranicza się wybitnie od sąsiedniego piramidom narządu, a mianowicie dróg móżdżkowych boczno-postronkowych, nie przekraczając nigdzie téj granicy, jakkolwiek drogi piramidalne i móżdżkowe boczno-postronkowe, jak wszystkie w ogóle narządy dróg tak białéj jak i szaréj istoty nie są wcale odosobnione i oddzielnych narządów odżywczych nie mają. Zwyrodnienie przeto w naszym przypadku nie mogło w żaden sposób rozpościerać się za pośrednictwem tkanki łącznéj, lecz postępowało drogą tkaniny nerwowéj dróg piramidalnych Z tego też względu nie możemy uważać ją za właściwą stwardzielinę, *Sclerosis,* o ile przez nią zwyczajne bujanie tkanki łącznéj śródmiąższowéj rozumiemy, lecz uważamy ją za chorobę narządu samego w znaczeniu Flechsiga, a zatém za chorobę miąższu włókien piramidalnych. Oba te rodzaje chorób nie mają z sobą nic wspólnego prócz ostatecznego wyniku, tj. wytworzenia się tkanki łącznéj.

Jednakowoż nie na całym przebiegu dróg piramidalnych ogranicza się zwyrodnienie do nich samych, w części bowiem szyjnéj przekracza ono tę granicę dosyć znacznie.

Z doświadczeń Flechsiga *(Ueber Systemerkrkgn.* Str. 52. Tabl. VII, fig. 1.) wiemy, że drogi piramidalne bocznopostronkowe dotykają się szaréj istoty tylko na brzegu tylnym zewnętrznym istoty galaretowatéj rogów tylnych. Ku przodowi są więcéj odgraniczone od szarych słupków wydzielonemi z nich symetrycznie pasmami włókien podłużnych, czyli jak wyżéj nazwaliśmy „boczną warstwą graniczną szaréj istoty“. Na okazach drobnowidowych z górnéj części szyjnéj rdzenia naszéj choréj nie ma nawet śladu zachowanych włókien między tylnemi rogami szaréj istoty a zwyrodnionemi drogami piramidalnemi bocznopostronkowemi. Zwyrodniony obszar tylnych bocznych postronków rozszerza się tu nawet wzdłuż całego brzegu tylnych rogów aż do samego ich krańca.

Lecz oprócz zwyrodnienia dróg piramidalnych i bocznéj warstwy granicznéj szaréj istoty znajdujemy jeszcze w rdzeniu naszéj choréj resztki zwyrodnionych postronków bocznych i schorzałe wiązki postronków przednich; w ten sposób więc jest cała istota biała przednich i bocznych postronków chorobowo zajętą aż do dróg móżdżkowych bocznopostronkowych. Nie można przeto twierdzeniu Charcota odmówić podstawy, że przy amyotroficznéj stwardzielinie bocznéj *(Lateralsclerose)* cały narząd boczny jest w stanie patologicznym *(Système latéral tout entier.),* jakkolwiek bezwzględnie tego zapatrywania też podzielać nie można ze względu na dowody Flechsiga, świadczące, że w innych przypadkach zwyrodnienie niezaprzeczenie do dróg piramidalnych się ogranicza.

Nawet i o tych względnych dowodach twierdzeń Charcota począł Flechsig powątpiewać, i z niedowierzaniem przyjął poprawność jego rysunków, ponieważ w nich pewien szczegół w bocznéj warstwie granicznéj pominięto.

Moje okazy drobnowidowe wykazujące całkiem pewne zwyrodnienie warstwy bocznéj granicznéj szaréj istoty w górnéj szyjnéj części rdzenia, dowodzą, że ten brak wiary w pracę Charcota jest nieuzasadnionym, a zatém że wprawdzie stwardzielina boczna amyotroficzna ze względu na swe cechy należy do chorób narządowych *(Systemerkrankung),* na takie jednak oznaczenie nie we wszystkich przypadkach zasługuje. Cecha ta ginie zupełnie w części szyjnéj rdzenia naszego przypadku. Z tych więc względów przypuszczamy, że amyotroficzna stwardzielina boczna jest formą chorobową złożoną z symetrycznego i niesymetrycznego zwyrodnienia dróg piramidalnych.

III. Oceny i sprawozdania.

O obrzękach śledziony. Wykład prof. Chvostka w Wiedniu. Sprawozdanie Dra Filewicza z Kolbuszowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Ostry obrzęk śledziony. Birch-Hirschfeld zalicza ostre obrzmienie śledziony w przebiegu chorób zakaźnych do zapalenia; przekrwienie jest tu zapowiedzią dalszych zmian zapalnych. Ustąpić ono może bez śladu, a wtedy obrzęk się zmniejsza, lub utrzymuje się dłużéj, przyczém komórki miąższu powiększają się, występuje przerost miąższowy, obok którego przekrwienie utrzymuje się daléj, lub przeciwnie śledziona staje się niedokrewną. Bodźcem do wystąpienia zmian powyższych jest jad krążący we krwi i dostający się do śledziony.

Ostry obrzęk śledziony znajdujemy zawsze w zimnicy, w durze trzewiowym i osutkowym, w durze powrotnym, gorączce połogowéj, ropnicy i posocznicy. Oertel zauważył obrzęk śledziony w błonicy, Frerichs i Lebert w żółtaczce. (*Icterus gravis*), w ospie tak zwykłéj jak i wybroczynowéj, (Birch-Hirschfeld) w płonicy, odrze (Friedreich, Mosler), w zapaleniu mózgordzeniowém (Mosler), w gorączce żółtéj, w okresie odczynu w cholerze, w przebiegu róży (Friedreich, Hesse), również w ostréj gruźlicy prosówkowéj, według Friedreicha zaś także w pewnych formach ostrego nieżytu nosa, tudzież ostrego zapalenia migdałków i połyku. Weil a za nim Wewer podają, że śledziona obrzmiewa także w niektórych przypadkach kiły, i to przed pojawieniem się osutki, i zmniejsza się widocznie po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego.

Obecnie nie umiemy jeszcze podać dostatecznéj przyczyny tworzenia się ostrego obrzęku w chorobach zakaźnych. Przypuszczają, że w chorobach, którym towarzyszą dreszcze, naczynia na powierzchni ciała w czasie dreszczu kurczą się, przez to zaś większa ilość krwi napływa do organów wewnętrznych, a tém samém i do śledziony. Przypuszczenie to niema jednak dostatecznéj podstawy, bo przecież śledziona nabrzmiewa także w chorobach, którym wcale dreszcze nie towarzyszą; zresztą nie widzimy nigdy żadnéj zawisłości między siłą i częstością dreszczów, a obrzmiewaniem śledziony, nakoniec i w zimnicy znajdujemy często obrzęk już przed wystąpieniem pierwszych dreszczów. Inni chcą tłumaczyć tworzenie się obrzęku zwiotczeniem kurczliwych składników śledziony, mianowicie włókien mięsnych ścian naczyniowych, tudzież tkaniny międzykomórkowéj. Zdanie to potwierdza Jaschkowitz doświadczeniem. Po przecięciu głównéj gałęzi nerwu współczulnego zaopatrującéj śledzionę cała śledziona nabrzmiewa skutkiem znacznego napływu krwi, po przecięciu pojedynczych gałązek nabrzmiewa zaś tylko częściowo. Liebermeister zaś upatruje przyczynę zwiotczenia kurczliwych składników śledziony w wysokiéj ciepłocie, lecz dlaczego obrzmiewa śledziona także i przy niskiéj ciepłocie? W nowszych czasach większość zgadza się na to, że przyczyną tworzenia się ostrych obrzęków śledziony w chorobach zakaźnych jest właściwy jad chorobowy we krwi krążący. Zdaniem Birch-Hirschfelda najłatwiéj to zrozumieć, przypuszczając, że jad taki składa się z drobinek, posiadających własność mnożenia się. Doświadczenie poucza, że drobniuchne ziarneczka (np. cynobru itp.) wprowadzone w krążenie, dostają się do komórek miąższu śledziony. Tak samo dostawać się tam mogą drobne ożywione ciałka (bakteryje) wykryte w krwi chorych na dur powrotny i wąglik, a drażniąc mogą pobudzić przekrwienie i przerost komórek. Obszerne stosunkowo światło tętnicy śledzionowéj i właściwe jéj rozgałęzienie sprzyjają dostawaniu się tych ciałek, a dłużéj mogą one tam przebywać z przyczyny właściwych śledzionie stosunków krążenia (Mosler).

Ostre obrzęki z przyczyny napływowego przekrwienia towarzyszą uszkodzeniom, zapaleniom i nowotworom w śledzionie, niekiedy występują one także przy zboczeniach w regularności. Powodem ostrego obrzmienia śledziony może być również zastój krwi, skutkiem zwężenia lub całkowitego zatkania żyły wrotnéj. Gdy zaś cierpienie takie jest zazwyczaj przewloczném, ztąd i obrzęk dłużéj zwykł się utrzymywać.

Anatomija patologiczna. Śledziona znacznie powiększona niekiedy jest 5 —6 razy większa od prawidłowéj. Torebka jéj gładka, naprężona, miąższ rozpływający się (według Bambergera objaw pośmiertny) barwy ciemno-siwéj, ciałka Malpighiego niewyraźne, niekiedy tylko wystające i powiększone. W dalszym przebiegu ostrego obrzęku miąższ śledziony bywa bardziéj zbity, barwa jego bledsza, niekiedy bladożółtawa lub marmurkowa (na tle żółtawém ciemne plamy). Birch-Hirschfeld wykazał przy badaniu drobnowidowém liczne powiększone wielojądrzaste komórki, w ropnicy zaś ziarniste rozlane zmętnienie takowych. Ponfick badając śledzionę u zmarłych z duru powrotnego i innych chorób zakaźnych, wykrył wiele komórek zawierających w swém wnętrzu świeże lub już zmienione ciałka krwi. Niedawno znaleziono podobneż komórki także we krwi w zakresie wielkiego obiegu krwi. Przy końcu przebiegu chorób zakaźnych zmniejsza się zazwyczaj obrzęk śledziony. Przy badaniu na zwłokach znajdujemy wtedy torebkę pomarszczoną, miąższ blady. Niekiedy obrzęk ostry śledziony przechodzi w przewłoczny, jak np. w zimnicy, rzadziéj w innych chorobach zakaźnych.

Objawy ostrego obrzęku śledziony. Niedogoda w lewém podżebrzu lub nawet ból wzmagający się przy ucisku, występują tylko wtedy, gdy obrzęk wytwarza się szybko, lub gdy torebka skutkiem poprzedniego już zgrubienia mało jest podatną. Silne bóle, wzmagające się przy ucisku a nawet przy ruchach oddechowych, są objawem zapalenia torebki śledziony. Przy obmacywaniu czuć guz miernéj zbitości, lecz tylko wtedy, gdy obrzęk jest większym. Griesinger zauważył przy osłuchiwaniu okolicy śledziony podczas napadu zimniczego i to z początku okresu gorączkowego właściwy szmer dmuchający, utrzymujący się stale lub występujący w przerwach, całkiem podobny do szmeru t. zw. łożyskowego czyli macicznego. Szmer ten uważa on za udzielony z większych naczyń brzusznych.

Mosler opisuje szmery, jakie słyszał u chorych zimniczych, i to najwyraźniéj w okresie zimna, mniéj wyraźnie w okresie gorączki, a całkiem niesłyszalne w okresie bezgorączkowym. Szmery te przypisuje on kurczeniu się tętnic śledziony w czasie dreszczów. Ostry obrzęk śledziony ustępuje razem z chorobą pierwotną. Przy zimnicy a niekiedy i w innych chorobach zakaźnych utrzymuje się czasem dłużéj, przechodząc w obrzęk przewłoczny. Obrzęk, jaki tworzy się w następstwie zastoju krwi, zwykł dłużéj się utrzymywać. Bardzo rzadko ostre obrzmienie śledziony prowadzi do przedarcia tego narządu; uważano to w napadzie zimniczym, w durzycy, w okresie durzycowym cholery; chory umiera wtedy nagle.

Rokowanie zawisłém jest zawsze od choroby głównéj. Rozpoznanie powiększenia śledziony łatwe, czy jednak jest ono świeżém, tylko wtedy z prawdopodobieństwem przypuścić możemy, gdy powstało w chorobie, przy któréj śledziona zwyczajnie nie obrzmiewa, lub gdy obecnego cierpienia nie poprzedziło inne połączone z obrzmieniem śledziony, lub nakoniec, gdy jesteśmy pewni, że chory nie przebywał poprzednio w okolicy zimniczéj. Rozpoznanie wtedy jest tylko pewném, gdy możemy obserwować powiększanie się śledziony. Leczenie stosujemy przeciw chorobie zasadniczéj; w lżejszych przypadkach zimnicy z korzyścią można używać prądu galwanicznego na okolicę śledziony, gdy obrzęk po ustaniu choroby utrzymuje się, podajemy choremu chinin i jego przetwory, stosujemy elektryczność, natryski zimne itd.

Przewłoczny guz śledziony. Najczęściéj wytwarza się w następstwie zimnicy, i to nie tylko wtedy, gdy wyraźne napady występują, lecz także w t. zw. charłactwie zimniczém, tudzież u osób nie cierpiących na zimnicę, lecz przebywających dłużéj w okolicy zimniczéj. O wiele rzadziéj trafia się guz przewłoczny po innych chorobach zakaźnych, jak np. po durze, gorączce powrotnéj, kile. Częściéj napotykamy go w następstwie zboczeń krążenia krwi w zakresie żyły wrotnéj i to tak w chorobach tej ostatniéj, jak również jéj rozgałęzień w wątrobie (marskość wątroby), rzadziéj już przy wadach organicznych w sercu lub płucach. Przewłoczny guz śledziony znajdujemy również w bielicy, tak prawdziwéj jak i rzekoméj. Mosler opisuje przypadki przewłocznego obrzęku w następstwie zboczeń w żołądku i tłumaczy je uciskiem powiększonego żołądka na żyłę śledzionową.

Przerost śledziony jest zwykle ogólnym, rzadko tylko ograniczonym, a wtedy przedstawia się w formie odosobnionych guzów, złożonych z miąższu śledziony (Rokitansky, Griesinger, Friedreich). W przeroście ogólnym przerastają albo same komórki, albo tylko podścielisko lub wreszcie tak jedne jak i drugie. W formie pierwszéj znajdujemy śledzionę znacznie powiększoną, torebkę jéj zgrubiałą i zmętniałą, a na niéj liczne smugi ścięgniste lub wybujałości z tkanki łącznéj w formie kosmków; zbitość miąższu albo prawidłowa lub téż mało zwiększona, barwa nieco brunatnawa. Na przekroju miąższ często połyskuje, ciałka Malpighiego występują wyraźnie, a niekiedy nawet są przerosłe. Drobnowid wykazuje zgrubienie delikatniejszych beleczek podściółki tudzież wyraźne pomnożenie składników komórkowych. Ta forma guza właściwą jest szczególnie zimnicy.

W formie drugiéj śledziona stosunkowo jest mniéj powiększoną, twardą; na przekroju przerosłe beleczki podściółki występują w formie prążków i smug szarawych, miąższ jest zbity i blady. Drobnowid wykazuje przerost sieci tkanki łącznéj, i wynikające ztąd ścieśnienie zatok żylnych. W najwyższym stopniu przerostu śledziona przedstawia nam się w formie tkaniny zbitéj włóknistéj, który to stan słusznie Birch-Hirschfeld nazywa włóknistém stwardnieniem; przerost taki występuje w kile, szczególnie wrodzonéj.

Forma trzecia, właściwa długotrwałemu zastojowi krwi w żyle śledzionowéj, odznacza się tém, że miąższ śledziony ma barwę ciemno-niebieską, a podściółka przerosła wyraźnie na przekroju występuje. Drobnowid stwierdza zwykły przerost obok rozszerzenia i przepełnienia naczyń żylnych ciałkami krwi, niekiedy także i wybroczyny w miąższu. W literaturze znanych jest dosyć przypadków guzów przewłocznych dochodzących do ogromnych rozmiarów. Sam Chvostek obserwował guz zajmujący nie tylko całą jamę brzuszną, ale jeszcze wypierający ku górze wątrobę.

W pojedynczych przypadkach guz przewłoczny nie sprawia chorym żadnych dolegliwości, zwykle towarzyszą mu jednak objawy zboczeń w stanie ogólnym, które częścią zależą od choroby zasadniczéj, częścią jednak także i od samego guza. Objawy te są: niedokrewność, ziemistożółty kolor skóry, wychudnienie, ogólny upadek sił, puchlina, gnilec, obok tego zaś w niektórych przypadkach także objawy zaduny i śledziennictwa. Gdy guz jest znaczny, chorzy nie mogą leżeć na boku prawym, skarżą się na ból tępy w lewém podżebrzu, a niekiedy okazuje się duszność, gdy guz wypiera znacznie ku górze przeponę. Gwałtowniejsze bóle pojawiają się tylko w zapaleniu, lub silném naprężeniu powłoki otrzewnowéj śledziony. Schoenlein podaje, że naciskając na guz śledziony w kierunku ku przeponie, można wywołać kaszel; Piorry twierdzi, że ucisk na powiększoną śledzionę wzbudza dreszcze. Twining zaś wyczuł w okolicy śledziony podwyższoną ciepłotę; autor jednak tych objawów nigdy nie widział.

Rozpoznanie przewłocznego guza śledziony nie przedstawia żadnych trudności. Rokowanie zawisło od choroby głównéj, daléj od wielkości i czasu trwania guza; guzy zimnicze zmniejszają się lub zupełnie ustępują przy odpowiedniém leczeniu, zwłaszcza gdy nie są zbyt wielkie i nie trwały długo. Co do leczenia autor odsyła do części ogólnéj swego wykładu.

Daléj omawia Chvostek pojedyncze formy guza przewłocznego:

(Dokończenie nastąpi.)

E. Klebs: **Doświadczenia nad przyrzutem kiłowym**

Na podstawie doświadczenia, że nader mała ilość wydzieliny kiłowéj, przeniesiona z jednego osobnika na drugi, wystarcza do wywołania długotrwałego zakażenia ogólnego, wolno przypuścić, że zarazek ten jest tworem stałym i uorganizowanym, a tém samém zdolnym do niezmiernego rozmnażania się w warunkach pomyślnych. Gdyby się udało przez przeszczepienie znajdujących się w wydzielinie kiłowéj tworów uorganizowanych, (Klebs znajdował zawsze pod drobnowidem nader liczne i ruchliwe ziarenka i krótkie pręciki), na zwierzęta, wywołać w ostatnich dowolnie zmiany chorobowe ogólnemu zakażeniu kiłowemu właściwe, natenczas dwodziłoby to, że owe twory są właściwym i swoistym przenośnikiem choroby, właściwą istotą zakażenia kiłowego. Typowe postacie zmian patologicznych zależałyby w takim razie przedewszystkiém od własności przyrzutu, któryby uważać należało jako ich przyczynę.

K. używał do szczepień wyłącznie stwardnień niewrzodziejących, jak najświeższych, wyłuszczając takowe i przechowując z zachowaniem wszelkich ostrożności przeciwgnilnych. Nakłówszy skórę zwierzęcia aż do tkanki podskórnéj cienkim nożykiem, wsuwał do ranki szczypczykami kawałki wyłuszczonych stwardnień kiłowych, zabezpieczając takowe od wypadnięcia, dopokąd zupełnemu nie uległy wessaniu. Na podstawie licznych szczepień, dokonanych na różnych zwierzętach, K. doszedł do następujących waiosków: 1) Kiła ludzka daje się przenieść na zwierzęta przez przeszczepienie kawałków nowotworów kiłowych. Przebieg wywołanego w ten sposób zakażenia kiłowego u zwierząt zależy od ich gatunku: u małp rozwijają się zmiany chorobowe bardzo podobne

do zmian kiłowych u ludzi, u królików są one również poniekąd podobne u psów, kóz, świnick morskich wyniki były zupełnie ujemne. K. skutki te przypisuje znajdowanym zawsze w nowotworach kiłowych u ludzi pewnym tworom roślinnym (*helikomonady*), i sądzi, że przeniesienie samych tych tworów na zwierzęta wystarczy do wywołania zmian identycznych ze zmianami kiłowemi u ludzi, jak niemniéj ze zmianami wywołanemi u zwierząt przez przeszczepienie kawałków nowotworów kiłowych.

Ostatni ten wniosek nie jest dostatecznie uzasadniony, aczkolwiek prawdopodobny. Dopiero hodowanie i szczepienie samych tych tworów grzybkowych i możność wywołania tym sposobem ogólnych zmian kiłowych pozwoliłyby wnioskować niezbicie, że istotnym przenośnikiem i ostateczną przyczyną zakażenia kiłowego są nie twory komórkowe, lecz istoty roślinne i to nie inne, lecz helikomonady Klebsa. (*Arch. für experim. Path. u. Pharm. X. 3). Dr. Smoleński.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne zwyczajne IV. w dniu 18 października 1879 r.

1) Posiedzenie zagaił Prezes stowarzyszenia Prof. Dr. Korczyński wzywając zgromadzonych do oddania czci przez powstanie zmarłym członkom czynnym Drom Krzykowskiemu i Dalkiewiczowi, oraz zmarłemu w Odesie prenumeratorowi Drowi Żurkowskiemu.

2) Na wniosek Przewodniczącego Zgromadzenie wynurza swe podziękowanie prof. Janikowskiemu i Drowi Paszkowskiemu za bezinteresowne trudy, które ponieśli pierwszy przy wydaniu dzieła Dra Rothego, drugi Dra Widmanna.

3) Ażeby uniknąć podsunięcia nazwie Stowarzyszenia niewłaściwego znaczenia, uchwala Zgromadzenie na wniosek prof. Rydla, posługiwać się na zewnątrz Galicyi nazwą Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

4) Na wniosek Komisyi, złożonéj z koll. Drów Grabowskiego i Lutostańskiego, wysadzonéj do sprawdzenia rachunków z r. 1878. Zgromadzenie udziela Wydziałowi absolutoryjum za tenże 1878 rok.

5) Sekretarz Dr. Kwaśnicki odczytał sprawozdanie roczne o stanie Stowarzyszenia:

Ogólna liczba członków: honorowych, zwyczajnych i prenumeratorów wynosiła w dniu 15 października 1878 r. liczbę 164, a mianowicie: 2 członków honorowych, 142 czynnych i 20 prenumeratorów. W roku ubiegłym, z którego obecnie zdaje sprawę, zaszły następujące zmiany: umarło członków czynnych dwóch, cenieni i szanowani koledzy: Dr. Krzykowski i Dr. Dalkiewicz; wypisał się dla bliżéj nie znanych nam przyczyn Dr. Denarowski, zostali wykreśleni dla niezadośćuczynienia zobowiązaniom statutu: Dr. Jabłoński Jacek i b. kand. med. Wołowski; z liczby prenumeratorów zmarł w Odesie Dr. Żurowski. Przybytek ogranicza się do wpisania się jednego członka czynnego, tak że obecnie Stowarzyszenie liczy ogółem 159 członków, a mianowicie: 2 honorowych, 138 czynnych i 19 prenumeratorów.

Kierując się przewodnią myślą Statutu, nie wdał się w bieżącym roku Wydział Stowarzyszenia w tłumaczenia z obcych języków, lecz wydał dwa podręczniki oryginalne. By zrozumieć i ocenić, dlaczego wydział daje wybitne pierwszeństwo pracom oryginalnym nad tłumaczeniami, dosyć jest wiedzieć, że jeden z tych dwóch podręczników przebywał kilka lat w tece autora dla braku nakladcy, a możnaby przytoczyć tu więcéj przykładów.

O wartości dzieł pp. Widmanna i Rothego wydały sąd wszystkie czasopisma lekarskie, i wyrobili go sobie sami szanowni członkowie: przeto nie dotykając bliżéj téj kwestyi, zwraca się tylko uwagę Zgromadzenia, że ostatnie wydania Stowarzyszenia naszego korzystnie różnią się od pierwszych papierem i drukiem; lecz co szczególnie je stawia wyżéj po nad książki przez innych wydawców ogłaszane, to ta poprawna polszczyzna, ta staranność Wydziału o czystość językową. Istotna jednak zasługa należy się tym członkom protektorom, wymienienie których staje się zbytecznėm, gdyż znani oni są z dawniejszych sprawozdań, znani z swéj chętności do użyczenia pomocy każdemu, drukującemu w Krakowie książkę lekarską: Wydział poczuwa się w miłym obowiązku złożenia publicznie podziękowania profesorom Janikowskiemu i Oettingerowi, oraz Drowi Al. Kremerowi. Oba te dzieła Wydział bezpłatnie rozesłał członkom Stowarzyszenia.

Poprzestając na wydaniu dwóch tylko dzieł w ciągu ubiegłego roku, Wydział nie uczynił mniéj lub więcéj nadto jak statut wymaga; tyle już upadło przedsiębiorstw nie rachujących się ze swojemi siłami że Wydział miał z czego czerpać naukę i wskazówkę dla siebie.

Dzienniki lekarskie krakowskie i warszawskie, prócz ocen, zamieszczały ogłoszenia o nowo wydaném dziele i o warunkach jego nabywania; dołączały one do najbliższych numerów ogłoszenia wydziału o wszystkich dziełach przez Stowarzyszenie wydanych, tak że śmiało można utrzymywać, że nie istnieje lekarz w kraju, któryby nie wiedział o pojawianiu się nowych, przez stowarzyszenie wydawanych książek.

Pierwszém dziełem, które przygotowuje Wydział do wydania, jest Syfilidologija Dra Krówczyńskiego; Wydział posiada przyrzeczenie tego cenionego pisarza, i po otrzymaniu całego rękopismu przystąpi niezwłocznie do druku. Wymienienie tu innych autorów, z którymi Wydział zniósł się w celu otrzymania od nich współudziału w wydawnictwie, jest przedwczesném.

Idąc w prostym kierunku do sił materyjalnych, Wydział odwołuje się do Szanownego Zgromadzenia o pomoc w przysparzaniu nowych członków, o punktualne wypełnianie zobowiązań statutu, gdyż tylko oparty o trwałą podstawę pieniężnych zasobów potrafi on rozszerzyć zakres swéj działalności i obudzi zatopione w zwątpieniu i bezczynności pisarskie siły lekarzy polskich.

6) Podskarbi Dr. Grabowski złożył sprawozdanie kasowe, z którego wynika co następuje:

Dochód wynosił 570 złr. 66 kr. (a mianowicie wkładki wstępne 15 złr., wkładki roczne 291 złr. 66 kr., odsetki od kapitałów 119 złr. 67 kr., zwrot nakładu przez rozprzedaż dzieł 144 złr. 33 kr.) Rozchód wynosił 1044 złr. 84 kr. (a mianowicie nakład 2ch dzieł bez papieru 599 złr. 85 kr., zakupno papieru 415 złr. 34 kr., wydatki administracyjne 8 złr. 40 kr., wydatki pocztowe 20 złr. 89 kr.) Niedobór wynosi więc 473 złr. 82 kr., na pokrycie którego posiada Stowarzyszenie resztę papieru wartości 298 złr. 67 kr., nakłady dzieł nierozsprzedane i zaległości od członków wynoszące 224 złr. 81 kr. Majątek Stowarzyszenia w dniu 15 października br. składa się z gotówki w kwocie 1829 złr. 85 kr. umieszczonéj w kasie oszczędności i w zakładzie kredytowym ziemskim, z zapasu papieru i nakładów nierozsprzedanych.

7) Zgromadzenie wybrało Drów Rybczyńskiego i Pieniążka do sprawdzenia rachunków za r. 1879.

8) Następnie odbyły się wybory członków Wydziału na następne 2-lecie. Prezesem Stowarzyszenia ponownie wybranym został prof. Dr. Korczyński, wiceprezesem prof. Dr. Janikowski; do Wydziału podług ilości otrzymanych głosów wybrani zostali: Dr. Paszkowski, Dr. Grabowski, Dr. Kwaśnicki, prof Dr. Domański, prof. Dr. Oettinger, a jako zastępcy: Dr. Ściborowski, Dr. Rybczyński i Dr. Pieniążek.

9) Zamykając posiedzenie odwołał się Przewodniczący do zebranych, zachęcając gorącém słowem do czynnego poparcia Wydziału w jego trudném lecz pożyteczném zadaniu.

Dr. A. Kwaśnicki, Sekretarz Stow. do wyd. dzieł lek. p.

V. Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**,
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43.)

Zwracam się do zjawisk, jakie Charcot przy sposobności sprawdzania metaloterapii odkrył, a względnie wywołał

u swoich chorych. Mam tu na myśli: 1) wywoływanie sztuczne hemianestezyi i achromatopsyi po stronie zdrowéj; 2) wywoływanie skurczeń mięśniowych w stanie sztucznego hypnotyzmu; 3) wywoływania stanu kataleptycznego; 4) wywoływanie somnambulizmu w stanie sztucznego hypnotyzmu.

O sztucznèm wywoływaniu hemianestezyi i achromatopsyi wiedzą czytelnicy z artykułów „Przeglądu Lek.", powyżéj wspomnianych. Jest ona połączona z ustąpieniem tych przypadłości hysterycznych po stronie choréj, pod wpływem odpowiednich płytek metalowych, magnesu, solenoidu, elektryczności statycznéj, a nawet podobno pod wpływem wezykatoryj (*Westphal*).

Co się tyczy kontraktur hysterycznych stałych, takowe ustępują natychmiast po stronie choréj pod wpływem magnesu lub solenoidu, lecz natomiast podobno kontraktura występuje po stronie zdrowéj. Charcot wywołuje kontraktury jednak i u tych hysteryczek, które wcale téj przypadłości nie mają, wywołane zaś skurczenia usuwa z równą łatwością. Podobnie rzecz się ma co do przypadłości zwanéj somnambulizmem i katalepsyją. Organizm hysteryczek w Salpêtrière jest w rękach Charcota, jakby jaki aparat fizyczny, z którego wywołuje się odpowiednie zjawiska, jakie z kądinąd hysteryja dobrowolnie okazywała. Wszystko to dzieje się jednak, zważmy dobrze, całkiem przedmiotowo i bez najmniejszéj myśli ubocznéj, na jakie niewłaściwie wpadano dawniéj na widok przypadłości nerwowych, o jakich mowa.

Po tym krótkim wstępie przytoczę tu w streszczeniu artykuł prof. fizyjologii z Manchester, p. Gamgée, umieszczony w *British medical journal*, 1878, T. II, str. 545:

„Było to w piątek i w sobotę rano, 23 i 24 sierpnia (1878), kiedy na oddziale Charcota w Salpêtrière zebrało się liczne grono uczonych i lekarzy, pomiędzy którymi byli: Virchow, Grainger Stewart, Turner, Oskar Liebreich, Ray Lankester, Broadbent, Ernerst Hart i wielu innych, którzy podówczas właśnie byli w Paryżu. Wszyscy mieliśmy sposobność oglądania hysteroepilepsyi we wszystkich jéj przypadłościach, które przed nami roztaczał Charcot, ów znakomity lekarz, któremu zawdzięczamy prawie całą naszą wiadomość, jaką o téj chorobie dziś posiadamy. Widzieliśmy tedy wpływ solenoidu i magnesu na ustrój chorych, niemniéj łatwość, z jaką u nich występowały stany tak nazwanego mesmeryzmu i katelepsyi". Poczèm opisuje doświadczenia, jakie Charcot czynił w tèm zgromadzeniu uczonych i lekarzy. Przedmiotem doświadczeń było sześć hysteryczek ze Salpêtrière, z których jedna była w tym zakładzie 32 lat, inne po kilka i kilkanaście.

1) Dziewczyna 20-letnia cierpi napady hysteroepilepsyi, nieczulicę strony lewéj ciała i przeczulicę jajnika prawego. Charcot kazał jéj utkwić wzrok w palec wskazujący, który trzymał w małéj odległości od jéj czoła. Gdy po kilku minutach takiego patrzenia żadnego niebyło skutku, Charcot utkwił w jéj oczy swój wzrok i już po dwóch minutach powieki choréj poczęły migotać, kurcz tężcowy wystąpił w obu ramionach i nieczulica rozciągnęła się na całą powierzchnię ciała. Na rozkaz profesora, chora w tym stanie znieczulenia i snu chodziła, szyła i pisała z oczyma zamkniętemi. Za dmuchnięciem w oczy śpiącéj nastąpiło jéj przebudzenie.

2) Dziewczyna tego samego wieku co pierwsza, niedokrewna, cierpi napady hysteroepilepsyi, nieczulicę, bezbolesność i barwoślep całkowity po stronie prawéj. Do małego palca jéj ręki prawéj przyłożony solenoid, (wężownica z drutu odosobnionego, przez którą przechodzi prąd galwaniczny), wywołał prawie natychmiast powrót czucia i widzenie barw po stronie choréj, natomiast po stronie ciała przedtèm zdrowéj wystąpiła nieczulica, a w oku pierwéj zdrowèm barwoślep. I u téj choréj wywołał Charcot z łatwością stan hypnotyczny za pomocą wzroku, z którego przez uderzenie w jajnik ocknęła się z łatwością. Następnie tę samą chorą wprowadzono do ciemnicy przyległéj, oświeconéj blaskiem żarzącego się drutu platynowego. Gdy chora w ten blask spojrzała, popadła natychmiast w sen kataleptyczny. Jéj członkom można było nadać każdy układ, który jak na manekinie pozostał niezmieniony; gdy zaś do jéj dłoni lub do grzbietu ręki zbliżono nieznacznie i znienacka palec na odległość centimetra, natychmiast przebudzała się z tego snu kataleptycznego.

3) Chora, około 50 lat licząca, od lat przeszło trzydziestu zamieszkała w Salpêtrière, ciemna od dziecięctwa na obadwa oczy, po stronie ciała lewéj znieczulica zupełna, cierpi napady hysteroepilepsyi bardzo gwałtowne, które po ustaniu miesiączki były jeszcze gwałtowniejszemi, przed dwoma laty ustały dobrowolnie, nieczulica pozostała. Magnes w postaci podkowy zbliżony biegunami na $^1/_2$ cm. do jéj ramienia lewego, wywołał natychmiast powrót czucia po lewéj, nieczulicę zaś zupełną po stronie ciała prawéj.

4) Zakonnica cierpi nieczulicę hysteryczną po stronie ciała lewéj, skurczenie hysteryczne stałe odnogi górnéj po téj saméj stronie ciała, tudzież przeczulicę jajnika prawego. Gdy się przyłoży magnes do odnogi skurczonéj, kontraktura tu znika a natomiast występuje podobna w odnodze górnéj po stronie zdrowéj prawéj; ta kontraktura sztuczna trwa cały dzień. Przez częste powtarzanie tego rękoczynu chora ozdrowiała z kontraktury hysterycznéj.

5) Całkowita nieczulica obu połów ciała, barwoślep obu ócz, zupełny po stronie lewéj, chora zresztą wzrostu słusznego, młoda, silnéj i pięknéj budowy ciała. Okiem lewèm nie widzi żadnéj innéj barwy tylko jednę czerwoną, okiem zaś prawèm widzi wszystkie inne barwy, oprócz jednéj fijoletowéj. Pod wpływem magnesu przyłożonego w odległości 1 cm. do jéj skroni lewéj widzenie barw stopniowo powróciło w przeciągu 15 minut w porządku następującym: niebieskie, żółte, zielone; czucie zaś barwy fijoletowéj nie powróciło w oku lewèm.

6) Chora, lat 22 licząca, pełna inteligencyi, cierpi od kilku lat napady hysteroepileptyczne, które sztucznie u niéj wywołać można przez lekkie potarcie przestrzeni międzyżebrowéj piątéj po jednéj lub po drugiéj stronie. Każdy napad można téż u niéj przytłumić przez nagły nacisk i metodyczny ucisk jéj jajnika prawego.

Otóż w streszczeniu podałem doświadczenia jakie Charcot czynił w obecności uczonych i lekarzy powyżéj wymienionych przez sprawozdawcę prof. Gamgeego. Są one przedstawione w takim komplecie, w jakim zapewne Charcot już takowych nie rozwinie, chyba znowu w zgromadzeniu podobnie licznèm i poważnèm. Mamy tu zjawiska przemieszczenia czucia, barwoślepu i kontraktury; mamy wywołanie snu somnambulicznego i kataleptycznego; mamy nakoniec wywołanie napadów hysteroepileptycznych, przytłumianie takowych i ocucanie ze stanów hypnotycznych. A więc jest wszystko wywoływane sztucznie, co hysteryja ciężka dotąd sama podawała.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

List z Wiednia.

(Początek roku szkolnego i ogłoszenia wykładów. — Dwie tajemnice publiczne i dwie walki w świecie naukowym. — Sprawozdania szpitalne a my).

Piękne dni błogiego spokoju minęły, a wszechnica znów tętni pełném życiem. Wszystkie czarne tablice u bramy główněj i pobocznych szpitala powszechnego przepełnione ogłoszeniami, z których czytelnik się dowiaduje, że za tyle a tyle guldenów, które naprzód zapłacić trzeba, u tego a tego profesora, docenta lub asystenta może przez taką a taką liczbę tygodni czerpać jak ze źródła, cuda wiedzy, o których mu się dotychczas nawet nie śniło; za to wróci do domu z próżną kieszenią a pełną głową. Szkoda tylko, że te źródła nie jednakowéj, tak pod względem jakości jak ilości, dostarczają ilości wiedzy, i że niektóre z nich szczególniéj dla lekarzy są tak drogie. W salach wykładowych klinicznych i poliklinicznych nie widać jednak wcale tego tłumu słuchaczy, jakim się według dat urzędowych szczycił dawniéj wydział lekarski we Wiedniu, owszem szeregi ciekawych wiedzy są przynajmniéj w bieżącém półroczu dość przerzedzone. Wielką liczbę słuchaczów stanowią lekarze a między nimi znów liczebnie pierwsze miejsce zajmują Anglicy i Amerykanie, którzy mimo tego, że drogie płacą pieniądze za kursa prywatne, wcale się nie cieszą chlubną reputacyją naukową. Polskich lekarzy młodszych, przeważnie uczniów wszechnicy Jagiellońskiéj, jest tutaj dotychczas kilkunastu, którzy jako nadzwyczajni słuchacze za podwójném czesném, lub jako aspiranci po rozmaitych klinikach i szpitalach dalszego szukają wykształcenia fachowego.

Wśród legijonu ogłoszeń brakuje jednego i to bardzo cennego. Ojciec nowoczesnéj dermatologii, prof. Hebra, nie ogłosił dotychczas wykładów, bo ciężka niemoc nie pozwala mu opuszczać łoża cierpienia. Dzienniki lekarskie i nielekarskie milczą wprawdzie o chorobie Hebry, ale jest powszechną tajemnicą, że długoletnie jego cierpienie, rozedma płuc, czy też wada serca, bo prawdy dowiedzieć się trudno, w ostatnich czasach mocniéj, niż kiedykolwiek przedtém mu dolega. Nie wszyscy jednak wiedzą, a czerpię ze źródła pewnego, bo od osoby bardzo blizko niego stojącéj, że w ostatnich dniach przyłączyło się jako groźne powikłanie ostre zapalenie płuc, które rokowanie czyni bardzo zatrważającém.

Lecz odwróćmy oczy od tego ponurego obrazu z nadzieją, że może złe jeszcze minie i spojrzyjmy na jaśniejszy. Z końcem br. zamierzają prymaryjusze szpitala powszechnego zrobić owacyję starszemu radcy zdrowotnemu i dyrektorowi tegoż szpitala Drowi Hoffmannowi, jako w dziesiątą rocznicę jego kierownictwa szpitalem powszechnym. Wczoraj o godz. 10téj przed południem odbyła się w téj sprawie pierwsza narada u Dra Zsigmondyego, gdzie roztrząsano rozmaite projekty, z których jednak żaden nie otrzymał poklasku wszystkich; wybrano jednak komisyję, która się ma zająć tą sprawą; nie omieszkam w przyszłym liście donieść, na co się zgodzili pp. prymaryjusze. Téj ostatniéj wiadomości nie podadzą niemieckie pisma, bo jest to dotychczas niby tajemnica urzędowa, ale jak się to zwykle dzieje, nieurzędowo śpiewają już o niéj i wróble lekarskie.

Na wstępie niniejszego listu powiedziałem, „piękne dni błogiego spokoju minęły;“ słowa te powtarzam, bo w ostatnich czasach aż dwie naraz zawrzały walki w tutejszym świecie lekarskim.

Jedna dotyczy sprawy leczenia suchot płucnych będźwinianem sodowym. Walka w téj sprawie wprawdzie już zeszła na pole przytyków osobistych, zwłaszcza ze strony niektórych redakcyj pism lekarskich, ale trzyma się jeszcze poniekąd w granicach przyzwoitości, bo doświadczenia w tutejszych klinikach jeszcze nie skończone*) a koryfeusze milczą. W Insbruku otoczono całą sprawę taką tajemnicą, że nie wiedziano tutaj zrazu, jak użyć tego cudotwórczego środka. Doszło wreszcie do tego, gdy pacyjenci domagali się gwałtem tego leku, że zażądano drogą telegraficzną informacyi. Dr. Kroczak wreszcie przemówił i pokazało się, że nie powiedział nic nowego. „Wszystko już było,“ jak powiada stary Akiba.

Druga zaś walka, w której się nie wysunęli na pole boju jako straż przednia bogowie drugo- i trzeciorzędni i zwykli śmiertelnicy, ale odrazu stanęli w bojowym szyku jedni z tych, którzy królują, więc się też wyzywają jak główni bohaterowie Homerowéj Iliady. Nie chcę tutaj streszczać zasobu wyrazów, jakiemi prof. Heschl obdarzył swego kolegę prof. Meynerta, bo z jednéj strony nie mam odpowiedniego słownika pod ręką, z drugiéj zaś nie wiem, czy „dobry ton“ na to zezwala, ciekawego atoli czytelnika odsyłam do Nru 42 *W. med. Wochenschrift*; wątpię jednak, czy się mocno zbuduje tém „boskiém grubijaństwem“ matadorów nauki.

Przypominam sobie, że szan. redakcyja w swoim czasie zwróciła uwagę Wys. Wydziału krajowego na potrzebę ogłaszania rocznych sprawozdań szpitalnych. Ministerstwo spraw wewnętrznych dawno już ją uznało i rok rocznie ogłasza dyrekcyja szpitalna we Wiedniu swoje sprawozdanie, które nawiasem powiedziawszy co roku jest pojemniejsze. Przed dwoma tygodniami opuściło prasę sprawozdanie szpitala na Wiedeniu za rok 1878, które nie tylko pod względem statystycznym, ale i praktyczno-lekarskim doniosłą ma wagę. PP. prymaryjusze składają w niém bowiem swoje credo już to kliniczne, już to terapeutyczne, na podstawie przytoczonych historyj chorób. Na szczególne uwzględnienie zasługuje zapatrywanie Dra Herrmanna, prymaryjusza oddziału chorób syfilitycznych, który dotychczas jest najżarliwszym antimerkuryjalistą. W tych dniach znów opuści prasę sprawozdanie szpitala powszechnego, które w ostatnich latach poczęło nabywać sławy, jaką się cieszą sprawozdania szpitala „Charité“ w Berlinie. Szkoda, że my jeszcze do tego nie doszli i że Wysoki Wydział krajowy nie ma pieniędzy.

Wiedeń, 22 października 1879. *Dr. L. Glück.*

*) Według moich informacyj dotychczasowy wynik wcale nie jest świetny.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Kol. Dr. Leopold Rehan donosi nam z Wołodarki o okropnym przypadku wybuchu nafty kaukazkiéj, który miał miejsce w mieście wspomnioném, a skutkiem którego ucierpiało 59 osób: z tych 16 już umarło, (dwoje z nich miało być całkiem zwęglonych), a reszta mocno oparzonych żyje jeszcze śród strasznych cierpień. Wybuch nastąpił obok pomieszkania Dra Rehana, który obiecuje przesłać nam szczegółowy opis téj katastrofy.

Statystyka epidemij. Ospa w Londynie nieco się rozszerzyła; zapadło 18, leczy się w szpitalach 46, umarło 1. Również i w innych miastach przebieg jéj był mniéj łagodnym i tak w Wiedniu umarło 4, w Barcelonie 5, w Dublinie 14, w Paryżu 18, w Petersburgu 4, w Budapeszcie 2; w innych kilku miastach po 1. Odra częściéj się pojawia w Kopenhadze i Bu-

kareszcie; płonica w Londynie i Bukareszcie. W Barcelonie panuje bardzo gorączka durzycowa; do 11 października doniesiono o 41 przypadkach śmierci z duru brzusznego i 9 z duru osutkowego. Od 38 września do 4 października zapadło w Memphis na febrę żółtą 68 osób a umarło 20. W Rio de Janeiro umarło od 1 — 15 września 60 osób.

W Krakowie umarło w tygodniu 43 z chorób zakaźnych 3: z ospy 1 nieszczepione (w szpitalu), z dławca 1 (w ul. Długiéj L 53), i z róży 1 (w szpitalu), a doniesiono w tymże tygodniu o następujących przypadkach chorób zakaźnych: 4 duru brzusznego (3 z ul. Karmelickiéj L. 161 i z rogatki Podgórskiéj); 9 z ospy (2 z ul. Długiéj L. 70, 4 z ul. Kopernika L. 39, z ul. Zwierzynieckiéj L. 82, z Małego Rynku L. 429 i z ul. Franciszkańskiéj L. 131), 2 róży (ze szpitala); 1 czerwonki (z Poremby).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 42 umarło w Krakowie na rok i 1 000 mieszkańców 35,0; we Lwowie 23,9; w Warszawie 23,6; w Poznaniu 24,2; w Wiedniu 23,5; w Budapeszcie 30,5; w Pradze 29.8; w Berlinie 25.9; w Hamburgu 23.8; w Wrocławiu 28,9; w Monachijum 38,0; w Dreznie 19,8; w Lipsku 23,5; w Bazylei 21,7; w Brukseli 18,6; w Paryżu 22,4; w Londynie 21,6; w Kopenhadze 28.6; w Chrystyjanii 16,6; w Petersburgu 31.2; w Odesie 33,1; w Bukareszcie 43,4.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** d. 30 października. W obec zajęcia ogólnego, wywołanego w kołach lekarskich i nielekarskich z powodu ogłoszenia Dra Kroczaka o leczeniu suchót płucnych za pomocą będźwinianu sodowego, w obec nadto sporu o pierwszeństwo powstałego z tego powodu pomiędzy prof. Rokitańskim a Drem Schüllerem, docentem w Gryfii, — nie od rzeczy będzie przypomnieć, że na II Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich odbytym we Lwowie w lipcu 1875 r. Dr. Kaczorowski z Poznania miał wykład „O zastósowaniu terapii do teoryi pasorzytniczéj“ ogłoszony w Pamiętniku II Zjazdu na str. 296 — 329. Przeglądając ponownie wykład ten znaleźliśmy na str. 306 ustęp, który opiewa dosłownie: „Od chwili odkrycia przez Salkowskiego w kwasie będźwinowym własności przeciwgnilnéj, przewyższającéj jeszcze w tym względzie kwas salicylowy, doświadczałem tego środka w gorączkowych chorobach w celach przeciwpasorzytniczych w znacznych dawkach (po 5 — 6 gramów) i mam prawo przypuszczania, że ten lek ma wielką przed sobą przyszłość, ponieważ nie wywołuje ani ogłuszenia ani żadnego upadku ośrodków nerwowych“. Daléj czytamy na str. 309: „Środki te (kamfora i kw. będźwinowy) pośrednio desinfektują kanaliki płucne, podniecając zarazem nerwowy ośrodek oddychania i krążenia. Dla tego też używam ich także w zapaleniach płuc, ostrych jak przewlocznych, krupowych czy nieżytowych, i sumiennie zaręczyć mogę, że dawki (kamfory 0·1, kw. będźwinowego 0·3 — 0·5) w ostrych sprawach co godzina przez szereg dni, w powolnych całemi tygodniami kilka razy na dzień powtarzane, nietylko żadnéj szkody nie zrządziły, ale niejednego chorego z najgroźniejszego niebezpieczeństwa wybawiły“. Wreszcie Dr. Kaczorowski w wykładzie tym wspomina o bardzo prostym przyrządzie do inhalacyi przeciw nieżytowym cierpieniom płuc, a podobny przyrząd opisał niedawno jako nowy Dr. Curschmann w *Berl. klin. Woch.* Widzimy tedy, że „leczenie przeciwprątkowe“ miało już przed 4 laty gorliwego zwolennika w osobie ziomka naszego, szan. kolegi Kaczorowskiego w Poznaniu.

* Wydział lekarski Uniw. Jag. na posiedzeniu w dniu 24 bm. mianował Dra Wilhelma Strzechowskiego asystentem kliniki chirurgicznéj na dalsze dwa lata począwszy od 1go października 1879 r.

* Dr. Szpilmann otrzymawszy stypendyjum lekarskie udał się do Berna w Szwajcaryi w celu poświęcenia się weterynaryi.

* Wyszedł już 1wszy zeszyt nowego czasopisma pt. „*Zeitschrift f. klin. Medicin*“ pod redakcyją proff. Frerichsa i Leydena w Berlinie. W zeszycie tym oprócz wstępu Frerichsa znajdują się prace Leydena, Fraenkla, Nothnagla i Littena, a więc prace autorów znakomitych. Nie wątpimy wcale, że slawni klinicyści berlińscy potrafią utrzymać czasopismo to na wysokości kierunku doświadczalnego i że im materyjału nie zabraknie; ale mimo to ubolewać należy nad coraz większém rozdrabnianiem i rozrzucaniem materyjału w licznych czasopismach, gdy wcale nie wzmaga się w odpowiednim stósunku dobrobyt lekarzy, aby mogli tyle pism abonować.

* **Warszawa**. Rada uniwersytecka po odbytém głosowaniu pozostawiła proff. Tyrchowskiego i Kryszkę, którzy skończyli już lat 25 służby rządowéj, na dalsze pięciolecie na zajmowanych posadach. Towarzystwo lekarskie zaś wybrało Dra Klinka redaktorem Pamiętnika na 3 lata, a członkami honorowymi Drów Jana Dudrewicza i Henryka Podoskiego, a to z powodu 50-letniego jubileuszu zawodu lekarskiego. (*Medycyna*).

* **Mianowania i odznaczenia**. Dr. Nedopil, b. asystent prof. Billrotha we Wiedniu, habilitował się tamże jako docent chirurgii i odbył wykład próbny o wyłuszczeniu śledziony. — Dr. Graf w Elberfeldzie powołany został na członka nadzw. urzędu zdrowotnego ces. niemieckiego w Berlinie.

* **Wiadomości osobowe**. Prof. Bergmann w Würzburgu, po długiéj ciężkiéj chorobie odzyskawszy zdrowie objął znów czynności swoje. — Prof. Chevreuil w Paryżu, znany chemik, rozpoczął w półroczu bieżącém wykłady swoje, jak zwykle, pomimo że liczy lat 92.

Stopień doktora w. nauk lek. uzyskali w dn. 30 października rb. w Uniw. Jagiell. pp. Wilhelm (Wolf) Pisek z Krakowa i Jan Wieluch z Sibicy na Szląsku austr.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł Dr. Wilhelm Alfons Devergie, znakomity dermatolog i lekarz sądowy; urodzony w Paryżu d. 15 lutego 1798 r., uczeń Dupuytrena, w r. 1823 otrzymał dyplom doktora medycyny. Niedługo potém asystent kliniczny, docent nauk pomocniczych, zajmował się głównie chemiją i medycyną sądową. Gdy go minęła w r. 1827 katedra medycyny sądowéj, która się dostała Orfili, służył w rozmaitych szpitalach, nareszcie w szpitalu św. Ludwika, gdzie wykładał o chorobach skórnych. Członek Rady zdrowotnéj departamentu Sekwany, inspektor zakładu „la Morgue,“ sekretarz Rady wyższéj sanitarnéj w ministerstwie spraw wewnętrznych, w r. 1857 wybrany został członkiem Akademii lekarskiéj, a w r. 1874 jéj prezesem. Założył towarzystwo sądowolekarskie w Paryżu, był współpracownikiem czasopisma *Annales d'hygiène* i encyklopedyi lekarskiéj, pisał dużo rozpraw i dzieł, z których najważniejsze: Medycyna sądowa w 3ch tomach i wykład chorób skórnych. Orzeczenia jego sądowolekarskie odznaczały się jasnością i gruntownością, a zabiegi jego mające na celu przypuszczanie słuchaczów medycyny do zakładu *Morgue*, pochwały godnemi i dobrym uwieńczone zostały skutkiem. Cześć jego pamięci!

W Anglii umarli: Alfred Henryk Garrod, profesor anatomii porównawczéj licząc lat 33 zaledwie; chirurg Crosby Leonard w 51 roku życia i Dr. Domville, jeneralny inspektor służby zdrowia w marynarce.

W Gracu umarł Dr. Józef Piringer w 80tym roku życia swego. Zmarły po ukończeniu nauk lek. był asystentem proff. Jägera starszego i Rosasa, później praktykował w Gracu i napisał piękną rozprawę o śluzoropotoku ocznym, która po dziś dzień ma wielką wartość naukową.

W Radomiu, w Król Polskiém, umarł Dr. Ludwik Brudzyński, lekarz przy tamecznym rządzie gubernijalnym, wychowaniec Uniwersytetu Jagiell., licząc lat 68.

* **Konkurs** na opróżnioną posadę 2go asystenta przy katedrze anatomii opisowéj rozpisany jest do dnia 14 listopada rb. Remuneracyja roczna wynosi 150 zła. Podania na ręce dziekana Wydziału lek.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 43: Klinka: Kilka uwag z powodu wycinania t. zw. szankrów twardych (c. d.); — w *Pamiętniku Tow. lek. warszawskiego* 1879, zeszycie IV: Sprawozdanie z czynności Tow. lek. warsz. w r. 1879.

Redakcyja otrzymała:

Henryka PACANOWSKIEGO (stud. med. w Warszawie): O zmianach, jakim ulegają mięśnie prążkowane po wycięciu, zmiażdżeniu itp. uszkodzeniach pewnéj części odpowiedniego nerwu ruchowego. (Praca nagrodzona medalem złotym przez Wydział lek. Ces. warsz. Uniw.) in 8vo str. 58 z 4 tabl. litograf. Warszawa 1879.

Prof. MASCHKI (w Pradze): Einige Fälle von Selbsterdrosselung.

(Separatabdruck aus d. *W. med. Woch.* 1879 Nr. 22—26) in 8vo str. 16.

Prof. H. COHN (w Wrocławiu). Notitz zur Tabakamblyopie. (Osobne odbicie z *Centralbl. f. pract. Augenheilk.* 879. October).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 5 listopada posiedzenie zwyczajne, na którém po zdaniu sprawy przez Komisyje do poszczególnych spraw wyznaczone, 1) kol. Zarewicz odczyta rozprawę Dra Glücka o nowym sposobie leczenia dymienic ostrych, a 2) kol. Ponikło poda wiadomość o suchotach płucnych podług spostrzeżeń zebranych w ciągu 4 lat ubiegłych w klinice lekarskiéj prof. Korczyńskiego.

Sprostowanie. W Nrze 43, str. 510, szpalta 1, wiersz 34 od góry, po słowach „doczesnego świata" powinno być: „ale pomimo to wzbudza niedowierzanie, bo jest w niej zawsze coś — że nie powiem — guślarskiego, tajemniczo-mrocznego".

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. R. w Chełmnie: List otrzymaliśmy, za obietnicę dziękujemy i o rychłe jéj urzeczywistnienie upraszamy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

W ADMINISTRACYI

PRZEGLĄDU LEK.

znajdują się do pozbycia

następne dzieła oprawne:

Kunze. Compendium der praktischen Medicin. 1865	3 złr. 60 c.
Kraus. Compendium der neusten medizinischen Wissenschaften. 1875	5 złr.
Braun. Compendium der Frauenkrheitn. 1863	4 złr.
Spielmann. Diagnostik der Geisteskrankheiten. 1855	3 złr. 60 c.
Druitt. Chirurgisches Vadmecum. 1867	5 złr. 50 c.
Braun. Compendium der Geburtshilfe. 1864	3 złr. 50 c.
Niemayer. Pathologie u. Therapie. 1865 2 tomy	10 złr.

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 8 listopada 1879. **№ 45.** Rok XVIII.

I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.

Choroby narządu oddechowego.

I. Zapalenie płuc dławcowe.

Opracował Dr. St. Smoleński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

P l w o c i n y posiadały po większéj części znane a chorobę w mowie będącą prawie cechujące własności. Co do ilości, ta bywała raz większą, drugi raz mniejszą; zwykle bywały lepkie, barwy rdzawéj, ceglastéj, szafranowéj, jednostajnie czerwonéj, lub z domieszką wyraźnych prążków i kropelek krwi. Drobnowidowo wykazywano w mniejszéj lub większéj ilości czerwone ciałka krwi, ciałka wypocinowe, zresztą masę śluzową bezpostacią. Częstokroć plwociny układały się w pasemka, odlewy oskrzelików. Znaczniejszéj ilości krwi w plwocinach, którąby usprawiedliwiała t. zw. *pneumonia haemorrhagica* autorów, nie zauważono w żadnym przypadku. Plwociny płynne znajdowano tylko w przypadkach, gdzie czynność serca była znacznie upośledzoną.

Objawy ze strony p r z e w o d u p o k a r m o w e g o, jak brak łaknienia, wymioty jużto rozpoczynające chorobę samą, jużto w przebiegu niekiedy się powtarzające, itp. przypady towarzyszyły często zapaleniu płuc. Z a p a r c i e s t o l c a postrzegano w przeważnéj liczbie przypadków. Rzadziéj zdarzała się uporczywa biegunka; jeden z takich przypadków podam poniżéj. W ą t r o b a częstokroć była obrzmiała, jużto skutkiem zastoju żylnego krwi, jużteż skutkiem zwyrodnienia tłuszczowego w następstwie gorączki. Bardzo często zdarzał się obrzęk ś l e d z i o n y. L e b e r t uważa obrzęk śledziony w zapaleniu płuc jako następstwo zakażenia zimniczego, J ü r g e n s e n zaś na podstawie przypadków obserwowanych w Kiel i w Tubindze twierdzi, że obrzęk śledziony w zapaleniu płuc nie jest bynajmniéj przyrody zimniczéj, gdyż w powyższych miejscach często się zdarzał, mimo że tamże zimnice nie panują, i uważa takowy jako jeden z dowodów przemawiających za przyrodą zakaźną zapalenia płuc. W naszych przypadkach przeważna część chorych przebywała poprzednio zimnicę i do téj choroby trzeba było odnieść obrzęk śledziony, a to tém bardziéj, że takowy nie zmniejszał się dobrowolnie po przesileniu się gorączki. Zaledwie w kilku przypadkach znaleziono u chorych, którzy nigdy na zimnicę nie mieli chorować, powiększenie śledziony, które bez podawania chininu malało w przeciągu kilku dni po przesileniu się stanu gorączkowego, co mogłoby odpowiadać przyrodzie zakaźnéj téj choroby.

Z m i a n y w m o c z u. Ilość moczu zawsze była zmniejszoną, wynosiła na dobę co najwięcéj 1100 cm. sześć., niekiedy dochodziła tylko do 200 cm. sześć. W jednym przypadku (u J. B., 33-letniego blacharza z zapaleniem płuca prawego), w 4ym dniu choroby chory miał tak dokuczliwe pragnienie, iż wypił kilka flaszek wody, skutkiem czego ilość moczu podskoczyła na 5800 cm. sześć. na dobę, a ciężar gatunkowy wynosił tylko 1·007, podczas gdy poprzednio (jak i w reszcie przypadków) ciężar gat. wahał się między 1·015 a 1·030. B a r w a moczu w przypadkach samodzielnego zapalenia płuc była prawie zawsze ciemniejszą od prawidłowéj; po ostudzeniu moczu lub po przesileniu się choroby opadał zwykle osad, złożony w przeważnéj części z moczanu sodowego, kryształów wolnego kwasu moczowego, czasem i szczawianu wapniowego, tu i ówdzie z przybłonków z różnych części dróg moczowych, mniéj lub więcéj stłuszczonych. Ze składników p r a w i d ł o w y c h ilość m o c z n i k a była prawie zawsze zwiększoną, rzadko prawidłową, nigdy zmniejszoną. Ilość k w a s u m o c z o w e g o była najczęściéj zwiększoną, zwłaszcza bezpośrednio po przesileniu się choroby. Ilość c h l o r k ó w wśród wzmagania się nacieku zapalnego zwykle była zmniejszoną, niekiedy nawet ani śladu chlorków wykazać nie było można. S i a r k a n y ziemne i potasowe były najczęściéj zwiększone, tak samo i f o s f o r a n y. Z barwików

urochrom i uroksantyn często były zwiększone, czasem prawidłowe, rzadko zmniejszone. Ze składników nieprawidłowych: małą ilość białka znajdowano bardzo często, większą ilość tylko wtenczas, gdy czynność serca była znacznie upośledzoną, co odpowiada zupełnie najnowszéj teoryi białkomoczu przedstawionéj przez Runeburga *(Deutsch. Arch. f. klin. Med.* Tom 23, 1—2). Z nieprawidłowych barwików zdarzały się barwiki żółciowe w przypadkach połączonych z żółtaczką, tudzież postrzegano nierzadko uroerytryn, zabarwiający moczany różowo.

Trudno oznaczyć ilość przypadków, w których pojawił się wyprysk wargowy, a któremu lekarze przypisują wielkie znaczenie prognostyczne (Geissler, *Canstatt. Jahresber.* 1860, T. III. 207). Niekiedy, gdy chory przyjęty został do kliniki już w drugiéj połowie choroby, istniał jeszcze niewyraźny ślad wyprysku, częstokroć zaś wcale oznaczyć nie było można, czy istniał poprzednio. W każdym razie był on dość częstym, bez wyraźnego jednak wpływu na przebieg choroby.

Z przypadów podmiotowych zasługują jeszcze na uwagę objawy mózgowe, jak zawrót, niespokój, brak przytomności, majaczenia, szał itp. Przypady te w niektórych przypadkach występowały z takiém nasileniem, że nadawały chorobie pewną odrębną cechę, dla któréj dawni lekarze odróżniali mózgową odmianę zapalenia płuc. Przypady te można uważać jako następstwo gorączki; nie zależą one jednakowoż jedynie od jéj nasilenia, ale również od przekrwienia żylnego mózgu i od skłonności osobniczéj chorych; chorzy z wysoką gorączką (41·0° C.) majaczyli zawsze. Oprócz wysokości gorączki znany jest wpływ nadużywania napojów wyskokowych na pojawianie się przypadów mózgowych, np.:

J. Sk., krawiec, lat 46, nałogowy pijak. Dnia 4/1 1878 wiecz. choroba rozpoczęła się od kaszlu, kłucia w boku lewym; już w nocy wystąpiły majaczenia. Dn. 5/1 przyjęty do kliniki skarżył się na silny ból głowy, bóle w piersiach i obu kościach goleniowych i okazywał mierną żółtaczkę. Rozpoznano: Zapalenie zrazów środkowego i dolnego płuca prawego. Ciepł. 39·6°, tęt. 84, odd. 32. Ilość moczu 200 cm. sześć. Dn. 6/1 chory majaczy. Podano koniak, makowiec z *liquor ammonii anis.*, mimo to rozwija się coraz większy niespokój, podczas gdy podmiotowe objawy ze strony płuc (kaszel, kłucie) stały się mniéj wyraźnemi. Gwałtowny szał *(mania furibunda)* trwał przez całą noc. Dn. 7/1 nad ranem stał się spokojniejszym, tętno słabło a o godz. 8éj rano umarł. Sekcyja nie wykryła w mózgu prócz przekrwienia żylnego nic nieprawidłowego, a rozpoznanie anatomiczne brzmiało: *Pneumonia crouposa lobi medii et inferioris pulm. dextri in stadio hepatisationis rubrae. Oedema lobi superioris pulm. dextri. Emphysema pulm. sinistri. Degeneratio adiposa cordis et renum. Hepatitis interstitialis.*

Czy na częstość pojawiania się przypadów mózgowych ma większy wpływ umiejscowienie nacieku zapalnego w płatach górnych niż dolnych, na podstawie naszych przypadków nie możemy twierdzić stanowczo. Natomiast chorzy już przedtém osłabieni i niedokrewni, wrażliwi („nerwowi“), częściéj skarżyli się na przypady mózgowe, niż indywidua dotąd zdrowe, silne i zahartowane.

Ze względu na przebieg zapalenia płuc, rozróżniano postacie steniczne od astenicznych, i nigdy nie zadowalano się samém tylko rozpoznaniem zapalenia płuc, lecz określano bliżéj szczegółową postać choroby, wiedząc, jak ważném jest takie odróżnianie ze względu na rokowanie i leczenie. Przypadki asteniczne (tyfoidalne, adynamiczne, nerwowe) cechowały się wybitnemi przypadami mózgowemi, upadkiem sił, utratą przytomności, osłabieniem czynności serca (tony głuche, uderzenia serca słabe, tętno miękkie, często niemiarowe), wysoką gorączką, przebiegiem choroby przeciągłym, opieszałém rozdzielaniem się nacieku, przewlekłemi wyzdrowinami, skłonnością do powikłań itp. Jako przyczynę osobniczą astenii zanotowano w znacznéj liczbie przypadków wycieńczenie przebytemi poprzednio chorobami, zakażenie zimnicze, nadużywanie napojów wyskokowych i nędzne żywienie, podczas gdy w kilku przypadkach, gdzie się nie dały wyśledzić powyższe momenty, przyczyna astenii podobnie jak w chorobach zakaźnych polegać mogła na pewnych zmianach we krwi, nadających zapaleniu płuc niekiedy piętno choroby zakaźnéj.

Pod względem zbitości wypociny, na co dawniejsi lekarze pilną zwracali uwagę, a o czém nowsi autorowie zazwyczaj wcale nie wspominają, możemy na podstawie naszych przypadków odróżnić dwojakiego rodzaju naciek zapalny: *a)* zbity, twardy (odgłos wypukowy czczy, znaczny opór przy pukaniu, oddech oskrzelowy szorstki, skąpe rzężenia), *b)* miękki, wiotki (odgłos bębenkowy lub stłumiono-bębenkowy, oddech szorstko-pęcherzykowy, liczne rzężenia). Postrzeżenia nasze zgadzają się zatém w tym względzie z doświadczeniem Dietla (Przegl. Lek. 1863, Nr. 1), który na podstawie tych samych objawów ze strony płuc, tudzież własności plwocin rozróżniał przypadki zapalenia płuc z wypociną miękką (zwał ją również „białkowatą“, „galaretowatą“) od przypadków z wypociną zbitą („włóknikową“). Naciek zapalny zbity częściéj zdaje się zdarzać u osobników młodych, silnych; naciek zaś wiotki u słabowitych. Różnica ta w zbitości nacieku nie ma wielkiego wpływu na przebieg choroby; tyle tylko powiedzieć można, że naciek wiotki po przełamaniu się choroby rychléj zwykle ustępuje aniżeli zbity, zgodnie z postrzeżeniami Leydena (l. c.), który jako przyczynę pojawiającego się niekiedy znacznego opóźnienia resolucyi uważa przedewszystkiém znaczną zbitość nacieku zapalnego.

Przystępuję do powikłań. U ludzi poprzednio zupełnie zdrowych występowało szczere zapalenie płuc i bez żadnych powikłań jako takie przebiegało w 20 przypadkach. Zresztą stwierdzono następujące powikłania: z zapaleniem opłucny, fizykalnie wykazać się dającém, 15 razy; z wypociną opłucnową większych rozmiarów 2; z rozedmą płuc znaczniejszego stopnia 4; z suchotami płuc (poprzednio już istniejącemi) 4; z zapaleniem osierdzia 1; z wybitną żółtaczką 4; z nieżytem całego przewodu pokarmowego 1; z biegunką 1; z napadami świeżemi zimnicy lub starém zakażeniem zimniczém 12; z obłędem opilczym 2.

Większa część zapalenia płuc powikłanego z zajęciem zapalném opłucny przebiegała tak samo jak zap. płuc szczere; a mianowicie gorączka przełamywała się tak samo jak w przypadkach zapalenia płuc niepowikłanego z zap. opłucnéj, a po opadnięciu gorączki i rozdzieleniu nacieku zapalnego również i wypocina opłucnowa rychło ulegała wessaniu; tylko w paru przypadkach wypocina opłucnowa dopiero po rozdzieleniu się nacieku zapalnego w płucach wzmagała się, wywołując ponowne podniesienie się ciepłoty, np.

U H. B. 21-letniego rzeźbiarza, który przed 7 laty przebywał zimnicę, odtąd już bezustannie miał cierpieć na nieżyt oskrzelowy, przyjętego z powodu zapalenia płuca lewego (płatu dolnego), aż do końca 4go dnia choroby ciepłota wahała się około 40·0° C., tętno przeszło 100. Przebieg choroby ciężki, asteniczny. W nocy z 4go na 5ty

dzień choroby nastąpiło przesilenie; ciepłota spadła na 37·2°, tęt. 72; objawy nacieku zapalnego ustępowały dość raźnie. Stan bezgorączkowy trwał przez 4 dni, w końcu 4go dnia stan poniżéj gorączkowy, kłucie w boku prawym, objawy fizykalne wypociny opłucnowéj tamże. Metodą Baccelli'ego stwierdzono wypocinę surowiczo włóknikową; ponowny stan gorączkowy trwał tylko 2 dni. Pod wpływem środka odwodzącego (roztworu azotanu srebrowego na zewnątrz użytego, argent. nitr. c. spirit. acet. 1 : 10 w miejscu wypociny) kłucie ustąpiło. W celu przyspieszenia wessania wypociny zalecono choremu dyjetę z samych tylko stałych pokarmów złożoną. Skutek tego postępowania, jakoteż i wstrzykiwań podskórnych chlorku pilokarpinu (0·01 do 0·02 p. d.) był wątpliwy. Po dwóch prawie tygodniach jeszcze raz ciepłota podniosła się do 37·9°, wypocina ulegała powolnemu wessaniu, a chory powrócił do zdrowia.

Jako przykład powikłania zapalenia płuc z suchotami płucnemi, poprzednio już istniejącemi, niech posłuży następujący przypadek:

J. R., 28-letnia wyrobnica. Na kilka godzin przed połogiem, który odbyła w tutejszéj klinice położniczéj, (d. 9/6 1878) wystąpił silny dreszcz, po którym kaszel i duszność. Stwierdzono naciek zapalny płuca prawego; mimo to poród odbył się prawidłowo. Dn. 17/6 przyjęto ją do kliniki wewn. i stwierdzono (w 9 dniu po dreszczu) prócz objawów nacieku serowatego obudwu szczytów, również objawy rozdzielającego się nacieku zapalnego w środkowym i dolnym płacie płuca prawego. Rozdzielenie to postępowało dość raźnie, sprawa zaś rozpadowa w szczytach posuwała się szybko, chora słabła, traciła na wadze, gorączka ciągła z nasileniami wieczornemi (do 40·4° C.), ze zwolnieniami rannemi (37·8°) a czasem nawet z prawidłową ranną ciepłotą (37° — 37·5° C.). W tym stanie na własne żądanie opuściła klinikę.

Powikłanie zapalenia płuc z zapaleniem osierdzia i żółtaczką zauważano w następującym przypadku:

Wł. K., lat 23, służący. Dotąd zawsze zdrów; dnia 9/10 1874 po przespanéj na strychu chłodnéj nocy dostał dreszczu, kaszlu, duszności, kłucia w boku prawym. 12/10 przybył do kliniki z gorączką 40·2° C., tęt. 88, odd. 20. Badanie wykazało u mężczyzny dobrze odżywionego, dobréj budowy ciała, zapalenie całego płuca lewego. 13/10 rano ciepł. 39·4°, tęt. 92, odd. 20; wiecz. 39·5°. tęt. 92, odd. 20; popołudniu zauważono pierwsze ślady żółtaczki. Dn. 14/10 rano ciepł. 39·4°, tęt. 92, odd. 27: wiecz. 39·6° tęt. 100, odd. 54; żółtaczka wyraźniejsza z wybitnemi objawami nieżytu górnéj części przewodu pokarmowego, stan płuc ten sam; majaczenie, język suchy, w moczu mierna ilość białka. Dn. 15/10 rano ciepł. 39·6°, tęt. 100, odd. 52; wiecz. 39·0°, tęt. 100, odd. 52, plwociny zawierają dużo domieszek krwawych. Fizykalne objawy poczynającego się zapalenia osierdzia, które tłumaczy wielką częstość oddechu. Dnia 16/10 rano ciepł. 39·0°, tęt. 96, odd. 48; wiecz. 37·9, tęt. 72, odd. 48; podmiotowo chory czuje się znacznie lepiéj; fizykalne objawy rozpoczynającego się rozdzielania nacieku. Dn. 17/10 rano ciepł. 36·4, tęt. 70, odd. 38; wiecz. 36·4, tęt. 60, odd. 38. Dn. 18/10 rano ciepł. 36·1, tęt. 60, odd. 36; wiecz. 36·6°, tęt. 60, odd. 38. Żółtaczka ustępuje, wybitne tarcie osierdziowe. Odtąd raźne wyzdrowiny.

Co do powikłania zapalenia płuc z żółtaczką, to prócz powyższego przypadku postrzegano takową jeszcze w 3 innych przypadkach: w 2 z nich żółtaczka rozwinęła się w pierwszych dniach choroby głównéj, przebieg był prawidłowy, przesilenie choroby nastąpiło w 8ym dniu. W trzecim przypadku żółtaczka przyłączyła się do zapalenia płuc u nałogowego pijaka, i jak poprzednio wspomniano przebieg był szybki, powikłany objawami szaleństwa, a śmierć nastąpiła 4go dnia choroby.

Powikłanie zapalenia płuc z żółtaczką uważał Traube za jedno z najgroźniejszych. Lżejsze przypadki żółtaczki polegają bez wątpienia na przejściu składników żółci do krwi skutkiem przekrwienia żylnego wątroby, nieżytu lub ucisku przewodów żółciowych. Niebezpieczeństwo polega na wpływie kwasów żółciowych na czynność serca i ich własności rozkładania czerwonych ciałek krwi (Leyden). Żółtaczka t. zw. krwiopochodnia ma dziś, przynajmniéj w zapaleniu płuc, bardzo mało zwolenników.

Towarzysząca niekiedy zapaleniu płuc uporczywa biegunka zdaje się pozostawać do choroby pierwotnéj w stosunku przyczynowym, np.

U jednéj z naszych chorych, 41-letniéj akuszerki, przyjętéj w 5 dniu choroby z zapaleniem płuca prawego, równocześnie z dreszczem pojawiła się i utrzymywała nadal biegunka. 7go dnia nastąpiło przesilenie się choroby, biegunka również ustała, sprowadziwszy tak znaczną wodnistość krwi, że rozwinęła się śród wyzdrowin mierna opuchlina zaskórna, która dopiero po dłuższém używaniu przetworów żelezistych i pożywnéj dyjety ustąpiła. Chora ta już poprzednio (tj. przed 9 i 4 laty) przebywała po dwakroć zapalenie płuc, a za każdym razem przebiegowi choroby towarzyszyła również biegunka.

Z dwóch przypadków zapalenia płuc z obłędem opilczym powikłanych, o jednym wspomniałem powyżéj, drugi zaś dotyczył 50-letniego wyrobnika, nałogowego pijaka, z obustronném ciężkiém zapaleniem płuc. Mimo to z 7go na 8y dzień choroby stan gorączkowy przełamał się, poczém rozpoczęła się długa rekonwalescencyja.

Najczęstszém powikłaniem była zimnica. W kilku przypadkach po przesileniu się choroby w kilka lub kilkanaście dni pojawiały się typowe napady zimnicze. Zresztą zimnica nie wywiera wpływu na przebieg choroby. Zapalenia płuc zimniczego w ścisłém tego słowa znaczeniu (*pneumonia intermittens*) nie zauważano.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Tłuszczak wrodzony znacznych rozmiarów, operacyja, wyzdrowienie zupełne.

Skreślił Dr. **Ferdynand Obtułowicz**,
lekarz powiatowy w Turce.

Ogłaszając zapiski oparte na spostrzeżeniach z méj praktyki prowincyjonalnéj, nie mam tyle na celu wzbogacenia piśmiennictwa lekarskiego nader rzadkiemi lub nadzwyczajnemi przypadkami, ile raczéj zachęcenie kolegów rozwijających swą działalność lekarską w małych miasteczkach i pośród ludu wiejskiego, aby również ogłaszali opisy rzadszych przypadków, lub streszczali wynik doświadczeń nabytych przy leczeniu różnego rodzaju epidemij, gdyż tym sposobem zwolna stworzyć można materyjał kazuistyczny, służący za podstawę do monografij zajmujących się już to opisem nowotworów, już innych zboczeń ustrojowych, już wreszcie epidemij pojawiających się w naszym kraju.

Poniżéj opisany przypadek nie odznacza się wprawdzie ani nadzwyczaj wielkiemi rozmiarami, ani też rzadkością zasługuje jednak na uwagę pod względem kazuistycznym z téj przyczyny, że guz tłuszczakowy ważący dziewięć funtów pojawił się u młodéj dziewczyny, bo zaledwie lat 18 liczącéj, co Lücke w swém dziele *„Die Lehre von den Geschwülsten, Pitha-Billroth Handbuch der Chirurgie II Bd. 1 Abth., 1 Heft str. 146“* do rzadkości zalicza. Zdaniem bowiem tego wytrawnego autora tłuszczaki pojawiają się zazwyczaj między 30 a 50 rokiem życia, kiedy i podściółka tłuszczowa obficiéj rozwijać się poczyna, a liczba ich wówczas nieraz dosięga 20 i 30tu, ciężar zaś dochodzi do 10—20—30 a nawet do 60 funtów, jak tego rodzaju jeden przypadek Rhodich opisał.

Podczas objazdu mego po powiecie turczańskim napotkałem w jednéj z licznych gmin w skład tegoż powiatu

wchodzących, młodą bardzo dobrze zbudowaną i odżywioną dziewczynę, niemal uginającą się pod ciężarem guza tłuszczakowego, który w postaci tobołka zwieszał się na plecach jéj po stronie prawéj. Bliższe wywiady co do pojawienia się tego nowotworu pouczyły mnie, że u dziewczyny 18-letniéj, nazwiskiem Maryja Seńków z Boryni, już w 2gim roku życia zauważano mały, przesuwalny guzek, tuż powyżéj kąta łopatki prawéj.

Dziewczyna ta w wieku swym dziecięcym rozwijała się należycie i żadnych cięższych chorób zgoła nie przebywała. W 16 roku życia pojawiła się u niéj po raz pierwszy regularność, trwająca koło 3 dni i przebiegająca zupełnie prawidłowo. Od 2go roku jéj życia począwszy, tj. od chwili zwrócenia baczniejszéj uwagi rodziców na guz w okolicy kąta łopatki prawéj usadowiony, miał według ich podania nowotwór ten ciągle powoli wzrastać i wypuklać skórę po nad sobą tak, że koło 10 roku życia dosięgnął wielkości główki noworodka, a obecnie doszedł już do wielkości blisko trzech głów człowieka dorosłego; szczególniéj zaś w 3ch latach ostatnich miał rozrost nowotworu olbrzymie zrobić postępy. Skutkiem dość znacznego ciężaru tego olbrzymiego guza nie może obecnie ta silna zresztą dziewczyna trzymać się całkiem prosto, ale zajmuje taką postawę, jak gdyby w istocie worek z ciężarem na plecach po stronie prawéj trzymała, tj. przechyla się ku stronie lewéj, podnosząc ramię prawe ku górze. Co do właściwości samego guza nowotworowego, to na pierwszy rzut oka przedstawiał się tenże w postaci worka zwieszającego się na bardzo szerokiéj, wstęgowatéj szypułce, przebiegającéj poziomo od kręgosłupa w wysokości kąta łopatki prawéj ku linii pachowéj przedniéj i pociągającéj sutek prawy nieco ku sobie. Worek ten kształtu podłużnie jajowatego zakrywał niemal całą połowę prawą okolicy grzbietowéj, sięgając w kierunku pionowym od kąta łopatki prawéj aż nieco po za grzebień kości biodrowej prawéj, a w kierunku poziomym od kręgosłupa ku linii pachowéj przedniéj. Nowotwór ten pokryty był skórą ścieńczałą i dość mocno napiętą, która w górnym odcinku guza miała zabarwienie prawidłowe, w dolnym zaś z powodu utrudnionego krążenia i zastoin żylnych przybrała barwę fijoletowo-siną. Prócz licznych delikatnych blizn prążkowatych pochodzących od rozstąpienia się skóry zbyt naprężonéj, nigdzie na całéj powierzchni skóry otaczającéj nowotwór żadnego owrzodzenia wykryć nie zdołałem. Przy bliższém rozpatrzeniu się i zbadaniu tego niemal olbrzymiego guza można było postrzedz dość wyraźny rowek przebiegający nieco łukowato z góry ku dołowi, w samym niemal środku nowotworu i dzielący go na dwie prawie równe połowy, z których każda co do wielkości swej przewyższała rozmiary głowy mężczyzny dorosłego. Od nasady guza, czyli przez powyżéj wspomniane szypułki, przebiegały liczne sino zabarwione żyły na kształt postronków dochodzących do grubości pióra gęsiego, a nawet większéj połowy palca małego u ręki, które rozgałęziając się następnie, tworzyły grubą sieć żylną oplatającą guz cały dookoła, a widoczną dokładnie przez ścieńczałą skórę. Przy obmacywaniu nowotworu zupełnie niebolesnego i łatwo przesuwalnego marszczyła się charakterystycznie skóra guz pokrywająca, układając się w drobne fałdy i doleczkowate zaklęśnięcia; nadto przy przesuwaniu skóry po nowotworze dochodziło się do wniosku, że guz nowotworowy musi być otorbiony, a torebka jego połączoną ze skórą za pomocą licznych pasemek wiotkiéj tkanki łącznéj. Kontystencyja guza była wszędzie miękkawą, ale mimo to dość zbitą, jędrną i nieco elastyczną, bez śladu chełbotania w któréjkolwiek części nowotworu. Guz nowotworowy dał się w całości unosić i przesuwać nakształt olbrzymiego polipa lub ruchomego torbieła, będąc złączonym tylko z okolicą grzbietną w okolicy kąta łopatki prawéj, za pomocą powyżéj wspomnianéj szerokiéj szypułki, która lubo z trudnością, jednak oburącz ścisnąć i ująć się dawała, przyczém palce ręki ujmującéj z góry stykały się niemal, a przynajmniéj dość dobrze wyczuć się dawały przez palce ręki obejmującéj szypułkę od dołu. Okoliczność ta z tego względu zasługiwała na baczne uwzględnienie, że przy zamierzonéj operacyi można było na pewne się spodziewać łatwego oddzielenia otorbionego nowotworu, przytwierdzonego do tylnéj ściany klatki piersiowéj tylko za pomocą wstęgi skórnéj i pasem ścięgnistych niezbyt grubych. Wymiary guza nowotworowego były następujące: 1) w kierunku poziomym obwód szypułki wynosił 42 cm., obwód guza nowotworowego w jego środku 70 cm. 2) w kierunku pionowym, mierząc od linii pozioméj szypułki przez największą wypukłość guza i kulisty dolny brzeg jego do dolnego i tylnego zarazem brzegu szypułki, 60 cm.

Badanie organizmu i narządów wewnętrznych 18-letniéj dziewczyny obarczonéj guzem tak znacznych rozmiarów i ważącym w przybliżeniu może powyżéj 10 fantów, wykazało co następuje: wzrost średni, budowa silna, skóra barwy cielisto-białéj, włosy blond, oczy siwe, twarz okrągła i rumiana, rysy grube. Błona śluzowa warg i dziąseł różowo zabarwiona. Podściółka tłuszczowa jędrna i dobrze rozwinięta. Szmery oddechowe prawidłowe, tony serca czyste; odgłos wypukowy na klatce piersiowéj z przodu i z tyłu prawidłowo jawny i pełny. Badanie jamy brzusznéj nie wykryło również żadnéj nieprawidłowości. Ciepłota ciała prawidłowa, tętno 72 na minutę, regularne i pełne.

W obec tego rodzaju właściwości nowotworu i kwitnącego zresztą stanu ustroju, rozpoznanie cierpienia nie napotykało na żadne trudności i musiało brzmieć: „Tłuszczak *(Lipoma circumscriptum)* znacznych rozmiarów, usadowiony w okolicy grzbietowéj i to najprawdopodobniéj pod względem ajtyjologicznym tłuszczak wrodzony.“ Za rozpoznaniem tém przemawiał nie tylko kształt nowotworu, jego usadowienie i budowa zrazikowata, ale jego charakterystyczna konsystencyja, właściwe marszczenie się skóry przy obmacywaniu, niebolesność, przesuwalność, a wreszcie powolny rozrost dochodzący do olbrzymich rozmiarów obok nieupośledzonego zdrowia.

Lücke we wspomnianéj monografii (str. 147) przytacza, że tłuszczaki mogą być również wrodzone, a wówczas przybierają postać uklejów i w téj postaci często pojawiają się w okolicy kości ogonowéj; nadto że skłonność do powstawania tłuszczaków może być dziedziczną i daje się w niektórych rodzinach kolejno całemi pokoleniami wykazać. Pod tym względem jednak prawidło to nie mogło w przypadku co dopiero opisanym znaleść żadną miarą zastósowania, albowiem dokładne badanie tak starych rodziców Maryi S., okazujących podściółkę tłuszczową skąpo rozwiniętą, jakotéż jéj braci dorosłych, nie wykryło wcale u nich podobnego rodzaju choćby małych guzów nowotworowych, skutkiem czego w tym przypadku dziedziczność stanowczo wykluczyć musimy. Z drugiéj strony jednak z wszelkiém prawdopodobieństwem przyjąć możemy cierpienie nowotworowe u Maryi S. za wrodzone, gdyż okoliczność ta, że rodzice dziewczyny na pewne utrzymują, jakoby już w 2gim roku jéj życia mały guzek koło kąta łopatki prawéj zauważyli, który się zwolna rozra-

stał i do obecnych doszedł rozmiarów, przemawia bardzo za tém, że z maleńkim guzkiem tłuszczowym zapewnie dziewczyna ta przyszła na świat, a z zarodka tego przy dość obficie zresztą rozwiniętéj tkance tłuszczowéj podskórnéj, rozwijał się zwolna nowotwór bujając i rozrastając się swobodnie w szerz i wzdłuż koło kąta łopatki prawéj.

Maryja S. już przed rokiem udawała się do lekarzy mających rozgłos w okolicy o poradę lekarską, lecz wszyscy odsyłali ją do szpitala celem operacyi, na co nieporadni jéj rodzice zgodzić się nie chcieli. Nie widząc innéj rady w takim przypadku począłem nalegać tak na chorą samą, jak jéj rodziców, aby zjechali do miasteczka powiatowego i wyszukawszy odpowiednie mieszkanie zgodzili się na wykonanie operacyi, którą z chęcią, zaprosiwszy innych jeszcze kolegów w Turce praktykujących, wykonać im przyrzekłem. Dopiero po 2ch miesiącach zwłoki zgłosiła się Maryja S. do mnie z ojcem, zachęcona pomyślnym wynikiem kilku pomniejszych operacyj, które w Turce i w okolicy pobliskiéj wykonałem.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

O obrzękach śledziony. Wykład prof. Chvostka w Wiedniu. Sprawozdanie Dra Filewicza z Kolbuszowy.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44.)

Zwyrodnienie skrobiowe śledziony *(Speckmilz)*. Rokitansky pierwszy zestawił należące tu przypadki, i nadał im właściwą nazwę *(Speckmilz)* kierując się wyglądem powierzchni rozkroju, a Virchow opierając się na właściwéj reakcyi w obec jodu, nazwał je zwyrodnieniem skrobiowém. Kekulé, C. Schmidt, Rudniew i Kühne stwierdzili, że istotą zwyrodniającą jest tu ciało białkowato-azotowe a nie jak skrobia, bezazotowe.

Zwyrodnienie skrobiowe śledziony znajdujemy stosunkowo najczęściéj w późniejszym wieku dziecięcym, tudzież w wieku średnim, częściéj u mężczyzn niż u kobiet. Występuje ono w następstwie długotrwałego ropienia, zwłaszcza kości, daléj w suchotach płucnych i kiszkowych, w ropieniu i zserowaceniu gruczołów itp., w ogóle we wszystkich długotrwałych cierpieniach wyniszczających. Znajdujemy je również w kile, krzywicy, charłactwie zimniczém, bielicy, zołzach i w przewłoczném zatruciu wyskokowém. Zdaniem Steinera zwyrodnienie skrobiowe śledziony wydarza się często u dzieci, w następstwie przewłocznego nieżytu kiszkowego; nieżyt wtedy może ustąpić, a dzieci mimo to daléj nędznieją i giną. Wagner uważa zwyrodnienie skrobiowe za wsteczną przemianę istot białkowych, istota skrobiowa stoi tu pośrodku między tłuszczami a cholestearyną. Virchow i Rindfleisch uważają zwyrodnienie to za prosty naciek; ostatni przypuszcza, że białko znajdujące się w cieczy odżywczéj przepływając przez tkaniny krzepnie i osadza się w takowych. Zdaniem Cohnheima zwyrodnienie skrobiowe jest zboczeniem miejscowém, lecz od ogólnych przyczyn zawisłém, istota więc skrobiowa wytwarza się z białka już w tkaninach dawniéj będącego. Dickinson przypuszcza, że podstawą zwyrodnienia skrobiowego może być tylko naciek włóknikiem wolnym od alkalij, nie ma więc zatém związku przyczynowego między jakiémkolwiek charłactwem a zwyrodnieniem, to ostatnie może wystąpić jedynie za wpływem ropienia, przy którém krew ubożeje w białko i alkalija.

Punktem wyjścia dla zwyrodnienia skrobiowego są drobne tętniczki i naczynia włosowate, a ztąd szerzy się ono na tkanki komórkowe ciałek Malpighiego i miąższu śledziony. W niektórych przypadkach ogranicza się tylko do samych ciałek Malpighiego, a wtedy w miernie powiększonéj śledzionie znajdujemy rozsiane guziczki szarawe przeświecające wielkości soczewicy do siemienia lnianego, barwiące się pod wpływem jodu brunatno (t. zw. śledziona sagowa Virchowa). Gdy zwyrodnienie ogarnie całą śledzionę, jest ona znacznie powiększoną, zbitą, brzegi ma stępione, torebkę napiętą i przeświecającą. Na przekroju miąższ niedokrewny, kruchy, połyskujący, barwy ciemno- lub jasno-brunatnéj a czasem nawet żółtawéj. Naczynia śledziony zawierają skąpą ilość jasnéj i rzadkiéj krwi. Badanie drobnowidowe stwierdza według Birch-Hirschfelda zwyrodnienie ścian drobnych tętnic i ich osłonek (ciałek Malpighiego) przy śledzionie sagowéj, nagromadzenie łusek skrobiowatych między zgrubiałemi beleczkami podścieliska, a niekiedy także i komórek limfoidowych w zwyrodnieniu rozlaném. Niekiedy widzieć także można rowki skrobiowate lub cylinderki często rozgałęzione. Według Kybera siedzibą zwyrodnienia skrobiowego w drobnych tętniczkach jest błona mięsna i wewnętrzna, na żyły zwyrodnienie nie przechodzi.

Podana przez Virchowa reakcyja zwyrodnienia skrobiowego polega na tém, że jeżeli przedmiot badany włożymy na pewien czas w roztwór jodu i jodku potasu, części zwyrodniałe zabarwią się czerwono lub czerwono-brunatno, a po dodaniu rozcieńczonego kwasu siarkowego ciemno-fijoletowo. Kyber zaleca używać roztworu 0·6 grm. jodu i 1·2 jodku potasu na 120·0 grm. wody. Do reakcyi zwyrodnienia skrobiowego poleca w najnowszych czasach Heschl fijoletowy atrament Leonhardego z Drezna, który części zwyrodniałe barwi pięknie ciemno-czerwono, a części sąsiednie niebiesko. Jürgensen zaleca jodmetylanilin, a Cornil dwa przetwory metylanilinu, z których pierwszy daje zabarwienie fijołkowo-czerwone, drugi fijołkowo-niebieskie. Zwyrodnieniu skrobiowemu śledziony towarzyszą zawsze objawy niedokrewności, wodnistości krwi, a często i gnilec, zwyrodnienie bowiem nie ogranicza się do saméj śledziony, lecz ogarnia ono także wątrobę i nerki. Rozpoznajemy je, znajdując guz śledziony o cechach wyż przytoczonych, nadto ogólne charłactwo, białkomocz, a wywiady okażą, że poprzedziła choroba, która zwyczajnie takie zwyrodnienie sprowadza. Wyleczenie tylko w samym początku choroby jest możliwe. Leczenie ma na celu usunięcie lub przynajmniéj zmniejszenie cierpienia głównego, obok tego wzmocnienie upadających sił i zastósowanie znanych środków przeciw samemu guzowi śledziony.

Guz kiłowy. Kiła objawia się w śledzionie albo w formie odosobnionych guzów (kilaków), albo też jako ogólne zwyrodnienie. Tu należy najpierw dopiero co opisane zwyrodnienie skrobiowe, daléj przerost ogólny i to albo włóknisty (*Splenitis interstitialis* Virchowa), albo miękki miąższowy. Kilaki *(gummata)* bardzo rzadko napotykamy w śledzionie i to najczęściéj w kile wrodzonéj. Opisywali je Duffeilay, Ricord i Wagner. Przedstawiają się one w formie guzów ostro odgraniczonych, okrągławych, rzadko nieregularnych, szarych lub żółtych zbitych, niby zserowaciałych; średnica ich dochodzić może 1—1½ cala; śledziona przytém jest powiększoną. Gdy kilaki takie trwały czas dłuższy, znajdujemy w miejscu ich zdaniem Birch-Hirschfelda blizny

włókniste, a w tych często ogniska zserowaciałe; te ostatnie tylko wskazują, że znalezione blizny pochodzą z kilaków. Również nabrzmiewa śledziona w przebiegu kiły nabytej, a mianowicie zdaniem Weila jeszcze przed pojawieniem się pierwszéj wysypki. Zwykle nabrzmiewa ona dopiero w długi czas po zarażeniu, obok innych objawów kiły trzeciorzędnéj. W świeżéj kile śledziona obrzmiewa tylko nieznacznie i tylko wypukiem da się oznaczyć, w kile trzeciorzędnéj obrzęk o wiele bywa większym a przytém także zbitym. Że obrzęk zależnym jest od kiły, dowodzą wywiady, również obecność innych objawów kiły trzeciorzędnéj, a wreszcie wykluczenie każdéj innéj choroby mogącéj obrzęk sprowadzić. Kilaków za życia nie umiemy rozpoznać, chyba że znajdziemy przy macaniu śledziony nakarbowania pochodzące od bliznowatego ściągnienia, a nie ma żadnéj innéj przyczyny ich powstania.

Tu opisuje autor przypadek kiły, w którym śmierć nastąpiła skutkiem zapalenia śródsierdzia w lewéj komórce serca, i następowego wytworzenia się częściowego przewlocznego tętniaka takowéj. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono bliznę przechodzącą w poprzek całéj śledziony, która skutkiem kiły widocznie powstała.

G r u ż l i c a wytwarza się w śledzionie następowo i to przy wyższym stopniu cierpienia ogólnego. Znajdujemy ją najczęściéj u dzieci, rzadziéj u dorosłych. Występuje ona albo w formie ostréj jako objaw towarzyszący ostréj gruźlicy prosówkowéj, lub też w formie przewlocznéj. W pierwszym przypadku śledziona miernie jest powiększoną i okazuje na przekroju rozsiane w miąższu liczne szarawe guziczki, w drugim znajdujemy w miąższu pojedyncze ogniska szarawe lub zserowaciałe, żółte, wielkości od nasienia konopi do orzecha laskowego. Gruzełki ulegają w śledzionie także skredowaceniu. Z prawdopodobieństwem rozpoznać możemy w przebiegu gruźlicy prosówkowéj wytworzenie się gruzełków w śledzionie, gdy ta ostatnia wyraźnie nabrzmieje, przyczém chory skarży się na ból przy ucisku; rozpoznanie jednak nie może być pewném, gdyż w chorobie téj nabrzmiewa często śledziona, lubo gruzełki w niéj wcale się nie tworzą. Co do formy przewlocznéj, to rozpoznanie za życia jest niemożliwém. Autor podaje opis przypadku gruźlicy płucnéj, w którym przy oględzinach pośmiertnych znalazł skredowaciałe gruzełki w śledzionie.

R a k w śledzionie nawet jako zboczenie następowe wydarza się bardzo rzadko. Kilka przypadków raka pierwotnego śledziony opisują Grasset, Baccéli i Mosler. Występuje on zwykle w formie raka miękkiego lub złośliwego mięsaka, i to w postaci guzów rozsianych w miąższu, wielkości grochu okrągłego do orzecha laskowego, lub też co rzadko jako guz jeden wielkości orzecha włoskiego do pięści. Niekiedy pojawia się rak śledziony w formie nacieczenia miąższu, udzielającego się od żołądka. Rak śledziony wydarzał się u chorych po 40tym roku życia, widziano go jednak także w 12, 18 i 22 roku życia; autor sam obserwował raka następowego wielkości wiśni u 20-letniego żołnierza. Do objawów raka śledziony zaliczają szybki upadek sił, wychudnienie, zboczenia w trawieniu, puchlinę, krwotoki z różnych narządów, niekiedy napady zimnicze, a obok tego często znaczne nabrzmienie śledziony oraz twarde nierówności i guzy na jéj powierzchni.

Foerster zalicza do nowotworów zgrubienie torebki śledziony, polegające na wytworzeniu się tkanki łącznéj. Zdarza się ono w późniejszym wieku, i zajmuje całą powierzchnię śledziony a szczególnie jéj wypukłość, lub pojawia się w postaci rozsianych guzów i blaszek. Przy ogólném nowotworowém zgrubieniu torebka śledziony przedstawia się jako masa biała, zbita, chrząstkowata, grubości od 1—4 linij. Guzy i blaszki są grubości od $^1/_2$—1 linii, występują albo po kilka, albo są tak liczne, że wzajem zlewają się ze sobą: niekiedy znajdujemy je skredowaciałemi.

W ł ó k n i a k rzadko wytwarza się w śledzionie, i to zdaniem Rokitanskiego w postaci okrągłych, guzowatych ognisk lub też gronowatych wybujałości. Willigk opisuje włókniak częściowo skredowaciały, wielkości orzecha włoskiego.

T o r b i e l e również są bardzo rzadkie, pojawiają się one tuż pod torebką śledziony w postaci drobniejszych jamek, wypełnionych płynem surowiczym. Andral wspomina o torbielu większym, wypełnionym cieczą miodową, tłuszczem i włosami, Péan zaś opisuje przypadek ogromnego torbiela z treścią surowiczą, gdzie wykonano cięcie śledziony ze skutkiem pomyślnym. Spielmann znalazł u 80-letniego starca w okolicy wnęki śledziony torbiel 11 cm. średnicy krwią wypełniony. W ostatnich czasach prof. Langhaus podaje opis śledziony z licznemi dużemi jamami, a obok niéj guzy przerzutowe w wątrobie.

P a s o r z y t wieńcogłówka bardzo rzadko umiejscowia się w śledzionie, i to zazwyczaj widzimy go wtedy i w innych narządach. W 36 przypadkach opisanych, tylko w 11tu śledziona była jedyną siedzibą pasorzyta. Bąblowiec pojawia się w postaci odosobnionych pęcherzy; w wielu przypadkach chorzy nie skarżą się na żadne dolegliwości, niekiedy miewają uczucie pełności i ciążenia w lewém podżebrzu, zwłaszcza gdy powiększenie śledziony jest znaczniejszém. Niekiedy występowały zboczenia w trawieniu skutkiem mechanicznego ucisku na żołądek i kiszki, jak brak łaknienia, nudności, zaparcie żywota, wymioty. Gorączka poczynająca się od dreszczu, uczucia gorąca i potów, występuje przy zapaleniu worka bąblowcowego. Śledziona nieraz ogromnie jest powiększoną a w miąższu jéj znajduje się jeden lub kilka miękkich, elastycznych, okrągłych pęcherzy, wypełnionych dośrodkowo ułożonemi mniejszemi pęcherzami.

Z innych pasorzytów znajdowano w śledzionie *pentastomum denticulatum*, a niekiedy także i wągry. (*Wiener Klinik*).

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie IX. z dnia 22 października 1879.

Przewodniczący prof. Dr. K o r c z y ń s k i. Członków obecnych 15.

Po przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia

1) Sekretarz przedkłada pisma nadesłane do biblioteki Kom. baln. a mianowicie między innemi: Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1875 i 1876., *Compendium der Thermotherapie von J. Czerwiński* (dar Dra Dobrskiego z Warszawy). *Chemische Untersuchung der Karlsbader Thermen von Ludwig und Mauthner 1879* (dar kol. Hordyńskiego), Chemiczny ilościowy rozbiór wody mineralnéj wyssowskiéj przez Trochanowskiego i Chemiczny rozbiór wód studziennych i rzecznych miasta Tarnowa, tegoż (dar autora), Przewodnik po zakładach kąpielowych miasta Odesy (w języku rosyjskim, dar Tow. baln. odeskiego.)

2) Dr. L u t o s t a ń s k i przystąpił do ocenienia wartości

leczniczéj borowiny i soli morszyńskiéj, na podstawie tymczasowéj wiadomości przesłanéj na ręce Przewodniczącego przez Członka Kom. baln. p. Bog. Hoffa. W doniesieniu têm podaje p. Hoff, że zaproszony w br. przez właściciela zakładu zdrojowego w Morszynie p. Stillera, w celu ocenienia znajdujących się tamże surowych płodów zdrojowych i orzeczenia, o ile takowe nadawałyby się do przerabiania na przedmioty przemysłu zdrojowego, stwierdził w borowinie morszyńskiéj wielką ilość kwasu mrówkowego (12·50 grm. p. m.) i nadał jéj dwojaką postać, mianowicie: *a*) cegiełek prasowanych, zawierających borowinę morszyńską oczyszczoną od wszelkich niewłaściwych przymieszek a roztwarzających się w ciepłéj wodzie w muł najdelikatniejszy, *b*) t. zw. soli morszyńskiéj, równającéj się zresztą swym składem soli franzensbadzkéj a odróżniającą się od ostatniéj prócz zamożności w kwas mrówkowy i têm, że kąpiel z soli morszyńskiéj utrzymuje żelazo w postaci siarkanu żelazawego. Na podstawie powyższych danych p. Hoff żąda informacyi: 1) czy na mocy wielkiéj obfitości kwasu mrówkowego borowina morszyńska odróżnia się pod względem leczniczym korzystnie od borowin zagranicznych; 2) czy sól morszyńska nie posiada większéj wartości leczniczéj aniżeli sól franzensbadzka, skoro ostatnia nie zawiera kwasu mrówkowego, a z któréj w kąpieli żelazo opada w postaci wodnika żelazawego.

Sprawozdawca podaje następujące uwagi:

ad 1) Wielka obfitość kwasu mrówkowego w borowinie morszyńskiéj (według p. Hoffa 12·50 grm. p. m.) odróżniałaby ją w istocie korzystnie od borowin zagranicznych, między któremi borowina maryjenbadzka według Lehmanna zawiera tylko 4·50 grm. p. m. kwasu mrówkowego. Mimo to nie można na téj podstawie orzekać stanowczo o wartości leczniczéj borowiny morszyńskiéj a têm mniéj o jéj przyszłości jako produktu przemysłu zdrojowego, gdyż do stanowczego orzeczenia w tym względzie niedzownie potrzebną jest znajomość własności fizycznych rzeczonéj borowiny (jéj ciężar gat., zbitość, przewodnictwo dla ciepła itp.), od których w znacznéj części zawisło działanie kąpieli borowinowych na ustrój ludzki; niemniéj pożądanąby była również wiadomość, czy i jak długo wystawioną była borowina badana przez p. Hoffa na działanie powietrza atmosferycznego i wód meteorycznych, tudzież z jakiéj takowa pochodzi głębokości, gdyż wiadomo, że borowina z różnych pokładów różny posiada skład chemiczny, a nareszcie i przedewszystkiêm pożądanym byłby całkowity rozbiór chemiczny rzeczonéj borowiny w celu ocenienia, czy obok tak znacznéj obfitości kwasu mrówkowego, wykazanéj przez p. Hoffa, nie znajdą się inne czynniki, które mogłyby ewentualnie wywrzeć osłabiający wpływ na korzystne działanie kwasu mrówkowego.

ad 2) Co się tyczy soli morszyńskiéj, to skoro takowa równa się zresztą swym składem soli franzensbadzkiéj a odróżnia się od niéj obfitością kwasu mrówkowego i tą zaletą, że w kąpieli z soli morszyńskiéj żelazo nie opada w postaci wodnika żelazowego, lecz utrzymuje się jako siarkan żelazawy, obiedwie te własności byłyby pod względem leczniczym pożądane. I tu przecież sprawozdawca zwraca uwagę na potrzebę całkowitego rozbioru chemicznego.

Ocenienie, o ile borowina i sól morszyńska mają przyszłość przed sobą jako produkty przemysłu zdrojowego, tudzież czy proponowana przez p. Hoffa fabrykacyja kwasu mrówkowego z borowiny morszyńskiéj (za pomocą nadtlenku maganezu i kwasu siarkowego), zdołałaby wytrzymać konkurencyję z dotychczasowym sposobem fabrykowania tegoż kwasu przechodzi zakres działania i kompetencyję Kom. balneologicznéj. Sprawozdawca zreasumowawszy swe wywody, oświadcza: O ile z dotychczasowych szczegółów podanych przez p. Hoffa sądzić można, borowina morszyńska może mieć wielką wartość leczniczą; do stanowczego jednak orzeczenia w tym względzie trzeba czekać na rozbiór chemiczny, którym miał się zająć prof. Radziszewski we Lwowie.

Po krótkiéj dyskusyi, w któréj głos zabierali Przewodniczący, Dr. Ściborowski i Sprawozdawca, Komisyja zgadza się na powyższe wywody Sprawozdawcy i postanawia w tym duchu przesłać informacyję p. Hoffowi.

Dodatkowo zwraca uwagę Przewodniczący na skład chemiczny znajdującéj się w handlu soli franzensbadzkiéj, któréj fabrykacyja utrzymywaną jest w tajemnicy. Gdyby rozbiór chemiczny wykazał w niéj czysty siarkan żelazawy, w takim razie możnaby téj saméj soli dostarczać po cenach daleko niższych. Dr. Lutostanski namienia, że od czasu jak Mattoni objął zarząd rozsełki produktów zdrowotnych, sól franzensbadzka fabrykuje się inaczéj niż poprzednio, gdyż torfowiska już dawno zostały zupełnie wyzyskane; żółty zaś proszek domieszany do soli franzensbadzkiéj nie jest bynajmniéj kwasem organicznym, lecz wodnikiem żelazowym.

3) Dr. Lutostański zabierając głos w kwestyi osobistéj, stwierdza, na podstawie protokółów posiedzeń Komisyi baln., że projekt przedstawiony dyrekcyi domen i lasów w Bolechowie, by w nowo wybudować się mających łazienkach borowinowych w Krynicy, używać do kąpieli które mają służyć do obmywania się, wody zdrojowéj, nie zaś wody zwykłéj, nie był jego projektem osobistym, lecz wnioskiem przyjętym jednomyślnie przez Komisyję balneologiczną.

4) Przewodniczący zawiadamia, że zaprosił podkomisyję mającą się zastanowić nad kwestyją duru brzusznego w Krynicy i że takowa wkrótce wnioski swe pełnéj Komisyi przedłoży.

5) Sekretarz odczytał rozprawę Dra Sakowicza z Białéj Cerkwi p. n. „Wiadomość o limanach odeskich.“

W dyskusyi nad pracą tą, która ma być ogłoszoną w Przegl. Lek., brali udział Przewodniczący, Drowie Czerny, Kopernicki, Warschauer i Kwaśnicki.

6) Przewodniczący zastanawiał się w dłuższéj przemowie nad stosunkiem lekarzy zdrojowych do domowych, i wykazał, że w stosunku tym byłaby pod wieloma względami bardzo potrzebna stanowcza reforma i poprawa. W tym celu wnosi wybór podkomisyi, któraby w ogólnych zarysach podała zasady zachowania się lekarzy zdrojowych względem lekarzy domowych.

Po ożywionéj dyskusyi wniosek Przewodniczącego oddano do rozwagi i przedłożenia odpowiednich wniosków na przyszłêm posiedzeniu podkomisyi złożonéj z Drów Blatteisa, Pareńskiego, Ściborowskiego, i Warschauera.

7) Przewodniczący poddaje pod dyskusyję projekt, czyby nie było pożytecznêm i właściwêm założenie w Iwoniczu i Rabce zakładów na wzór zagranicznych *maisons de santé*, w którychby ciężko chorzy, zwłaszcza dzieci dotknięte chorobami zołzowemi, znaleść mogły opiekę umiejętną i troskliwą. W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos prócz Przewodniczącego Drowie Obaliński, Warschauer, Kwaśnicki, Kopernicki, Ściborowski, Murdzieński. Rzecz tę poruczono Komisyi złożonéj z Drów Warschauera, Obalińskiego i Rosnera.

8) W końcu Komisyja mianowała członkiem swym zwyczajnym Dra Adama Świrskiego w Jaśle.

Na têm posiedzenie zamknięto. *Dr. Smoleński.*

V. W sprawie wodociągów m. Krakowa.

W dniu 15 kwietnia br. Dr. Lutostański złożył na ręce Prezydenta Miasta sprawozdanie z prac dokonanych przez niego na wezwanie Komisyi wodociągowéj, w sprawie zaopatrzenia Krakowa w dobrą i zdrową wodę. Niebawem Prezydent p. Dr. Zyblikiewicz przedstawił dnia 26 maja br. referat Dra Lutostańskiego wraz z kartą hydrograficzną okolic Krakowa Komisyi sanitarnéj, która uchwaliła oddać takowy osobnéj Komisyi, złożonéj z proff. Drów Korczyńskiego, Stopczańskiego i docenta Dra Grabowskiego, do zdania sprawy i poczynienia odpowiednich wniosków.

Komisyja ta pod przewodnictwem prof. Dra Korczyńskiego, w myśl wniosków referenta a ze względów higijenicznych, zastanawiała się przedewszystkiêm nad zaopatrzeniem Krakowa w wodę zdrojową, jako ze względów higijenicznych najodpowiedniejszą i uchwaliła zbadać zdroje w Regulicach. W tym celu udała się na miejsce dn. 1 lipca wraz z Dyrektorem budownictwa miejskiego p. Moraczewskim dla sprawdzenia podań referenta co do ilości dostarczanéj przez zdroje wody, wzniesienia tychże nad

zero Wisły, co do przymiotów fizycznych i składu chemicznego wody regulickiéj, uważanéj przez p. Lutostańskiego za najodpowiedniejszą dla przyszłych wodociągów Krakowa. Na miejscu przekonano się, że obręb zdrojowy Regulic dostarcza znacznéj ilości wody, wytryskującéj w okolicy nie zalesionéj, co przemawia za stałością zdrojów pod względem ilości dostarczanéj przez nie wody w różnych porach roku i w przyszłości. Wodę ze źródeł regulickich znaleziono nader smaczną, orzeźwiającą i nader przyjemną w piciu. Ciepłota tych zdrojów wynosiła 8·3 — 9·3° C., twardość zaś wody, na miejscu oznaczona, 24° franc., a to wszystko zgodnie z podaniami p. Lutostańskiego. Wreszcie prof. Stopczański zaczerpnął wodę do badania chemicznego, p. Dyr. Moraczewski zaś zajął się zebraniem dat, potrzebnych do obliczenia ilości wody, tudzież do oznaczenia wzniesienia zdrojów w Regulicach nad zero Wisły.

Ponieważ wyrażano obawę, że zdroje regulickie nie posiadają dostatecznego ciśnienia, aby woda własnym spadkiem mogła się wznieść do pożądanéj w mieście wysokości, przeto postanowiono jeszcze raz zgodnie z życzeniem p. Prezydenta Dra Zyblikiewicza przekonać się, czy zdroje Czatkowskie, dawniéj już zalecane przez inżyniera Junkera dla wodociągów krakowskich, dostarczają dostatecznéj dla Krakowa ilości wody, pomimo, że p. Lutostański wręcz się oświadczył przeciw sprowadzeniu wody z Czatkowic. Do téj czynność zaproszono p. Dyr. Moraczewskiego, który przy pomocy p. inżyniera Müllera z Krzeszowic w dniu 20 sierpnia uskutecznił pomiary wody dostarczanéj przez zdroje w Czatkowicach.

Na posiedzeniu Komisyi dn. 30 października p. Dyr. Moraczewski przedstawił w obszernym wyczerpującym wywodzie wyniki swych badań.

I. Zdaniem jego ilość wody z czterech głównych zdrojów regulickich (G, H, J, K, Lutostański) w dniu 1 lipca wynosiła co najmniéj 10.000 metr. sześć. na dobę (p. Lutostański podaje średnią ilość, obliczoną z licznych pomiarów wykonanych w różnych porach roku na 9004 metr. sześć. na dobę) a więc ilość aż nadto wystarczająca na potrzeby Krakowa *). Nadto pozostaje jeszcze w rezerwie 14 zdrojów spływających w Regulicach z téj wsi, z Nieporaza i Siemiotki, z których siedm według p. Moraczewskiego wydaje wody co najmniéj 1500 metr. sześć. na dobę, wszystkie zaś razem (14) według pomiarów p. Lutostańskiego dają *minimum* 3200 metr. sześć wody na dobę. Razem więc w Regulicach mamy co najmniéj 13200 metr. sześć. wody na dobę, co przedstawia zapas wody nawet w przyszłości aż nadto wystarczający dla Krakowa na wszelkie potrzeby.

Co do wzniesienia zdrojów regulickich, p. Moraczewski oznaczył, iż są one położone nad zero Wisły przy moście podgórskim wyżéj 7·8 metrów, aniżeli podał p. Lutostański, co tylko na korzyść potrzebnego ciśnienia wody przemawia. P. Dyr. Moraczewski dowiódł i oświadczył, iż wodę regulicką sprowadzić można z użyciem naturalnego spadku i ciśnienia, jak to referent utrzymywał, najlepiéj za pomocą kanału otwartego (tj. bez nacisku z częściowém użyciem rur.

Na zasadzie swych badań p. Lutostański był oświadczył, iż woda regulicka posiada znakomite przymioty fizyczne i chemiczne. Lubo prof. Stopczański nie ukończył jeszcze ścisłych swych badań, to jednak obecnie już oświadczył, iż wstępne jego poszukiwania stwierdzają liczby podane przez p. Lutostańskiego dla składników stałych ($24._{300}$ w 100.000 cz. wody) i twardość całkowitéj (26° franc.)

II. Co do zdrojów Czatkowickich, ilość wody przez nie dostarczanéj obliczył p. Moraczewski co najmniéj 7500 metr. sześć. na dobę (Lutostanski 7608 metr. sześć., Junker $16·370/_{38}$ metr. sześć. na dobę!!).

Nadto zdroje Paczołtowickie wydają wody zapasowéj zdaniem p. Moraczewskiego 1000 metr. sześć. na dobę (2 zdroje) — (pięć zdrojów dostarcza 1608 metr. sześć na dobę, Lutostański).

Razem więc Czatkowice-Paczołtowice dostarczyć mogą 8500 metr. sześć. wody na dobę, tj. mniéj o 4700 metr. sześć., aniżeli Regulice.

Według obliczeń p. Moraczewskiego zdroje czatkowickie wznoszą się nad zero Wisły $87._{116}$ metr. (Lutostański $99._{135}$ m.) a zatem posiadają ciśnienie aż nadto dostateczne.

Dotychczasowe więc badania stwierdzają w ogóle podania p. Lutostańskiego. Zachodzą atoli znaczne różnice w obliczeniu kosztów sprowadzenia wody z Regulic do Krakowa jakoteż i z Czatkowic, i w téj mierze nie zgadza się p. Moraczewski z referentem.

Z uwagi więc na tę kwestyję sporną, któréj rozstrzygnięcie przechodzi kompetencyję Komisyi higijenicznéj, oraz ze względu, iż p Lutostański nie zaleca sprowadzania wody z Czatkowic do Krakowa z powodu 1) zbyt wysokiéj ciepłoty (+ 12·5° C.), 2) małéj względnie biorąc ilości wody, 3) braku wody zapasowéj, 4) trudności w ujęciu zdrojów i niepewności tychże, — Komisyja ostatecznie uchwaliła:

1) Poddać wodę regulicką ścisłemu rozbiorowi chemicznemu.

2) Zaprosić proff. Drow Altha i Suessa z Wiednia do wydania opinii co do stałości zdrojów czatkowickich, pocém dopiero zastanawiać się będzie szczegółowo nad zdrojami czatkowickiemi i nad ich sposobnością użycia do wodociągów w porównaniu ze zdrojami regulickiemi, za któremi dotąd wszystkie okoliczności z wyjątkiem znaczniejszych kosztów przemawiają. †.

---

*) Ilość normalna 10259 licząc 150 litrów na jednego mieszkańca i na dobę.

Listy z podróży i z praktyki

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**,
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44.)

Posłuchajmy, co ten sam Charcot powiada w jednym ze swoich wykładów, podanym przez Sigersona w *Britis. medical journal*, 1878. Tom II, str. 789. „Niezadziwi to Panów wcale, że znowu zajmę uwagę waszą badaniem téj nerwicy wielkiéj, którą nazywam hysteryją większą. Nie jest to bowiem choroba tak pospolita, jak owa postać hysteryi łagodnéj, z którą spotkać się można gdziekolwiekbądź w praktyce prywatnéj. W szpitalu tutejszym choroba ta jest bardzo zwyczajną, osobliwie w postaci hysteroepilepsyi. Chociaż napady téj choroby są przypadłością przemijającą, ma ona jednak także przypadłości stałe, które świadczą o jéj obecności; do tych należą nieczulica, przeczulica, upośledzenie wzroku, tutaj także zaliczyć potrzeba skurczenia stałe pewnéj grupy mięśni. Zanim jeszcze wykład mój zakończę, pokażę panom jak można skurczenie podobne wywołać u

chorych, które w tym celu pierwéj doprowadzić musimy do stanu tak nazwanego hypnotycznego. Jest to, co prawda, puszczanie się na pole zakazane, ponieważ Akademija wykluczyła przed laty magnetyzm zwierzęcy czyli hypnotyzm z rzędu swoich rozpraw. Lecz jakakolwiek łączy się niesława z magnetyzmem zwierzęcym, lekarz światły, prawdziwym duchem umiejętności pobudzony, nie uwolni się od obowiązku zbadania téj sprawy patologicznéj".

Daléj powiada: „Dziś obierzemy chorą, która niecierpi wcale żadnych skurczeń i wywołamy u niéj ów osobliwy stan, w którym występują skurczenia. Ze stanowiska doświadczenia mojego własnego twierdzić mogę, że w każdym przypadku naszym możemy wywołać, prędzéj lub późniéj, takie skurczenia, gdy przez utkwienie wzroku naszego w oczach choréj nastąpi ów stan, który zowią „snem nerwowym" albo jak ja go nazywam zachwytem sztucznym *(léthargie provoquée)*. Przy tym ustępie swojego wykładu Charcot wywołuje stan hypnotyczny u choréj powyżéj wspomnianéj i mówi daléj: Otóż chora ta jest obecnie nieczułą na wszystko, nic niemyśli i niczego niepamięta; teraz to możemy wywołać u niéj zjawiska, które przekonają nas, że nie jesteśmy oszukani. Niemożemy bowiem przypuścić, że chora ta, i to w tym stanie w jakim się znajduje, ma jakie wiadomości o rozgałęzieniu się nerwu twarzowego, lub mięśniach, które on zaopatruje. Gdy go zadrażnię przez naciśnięcie na jego pień przy uchu, skurczą się natychmiast mięśnie odpowiednie. Podobnież mięsień sutko-mostkowy, którego czynność fizyjologiczną wykonać tak trudno; gdy się dotknę tego mięśnia z lekka go uderzając, skurczy się i okaże dokładnie postać swoję. Opierając się na poszukiwaniach Dra Duchenna możemy badać kurczenie się mięśni rozmaitych w sposób podobny. Gdy chorą przebudzimy, jak to Panowie widzicie, kurczenia owe ustają; gdy zaś takowe chcemy utrwalić, musimy doprowadzić chorą do innego stanu, podobnego do katalepsyi sztucznie wywołanéj. W tym celu potrzeba chorą obudzić ze snu poprzedniego i kazać jéj wpatrzyć się w oczy jednego z nas przez kilka chwil lub w jaki przedmiot świecący. Otóż, jak widzicie, chora przeszła już w stan kataleptyczny, w którym to stanie kontraktury będą trwałe, a pod wpływem magnesu ważne Panowie postrzeżecie zjawisko; jeżeli bowiem zbliżymy magnes do ramienia skurczonego, to zniknie w nim to zjawisko a wystąpi na ramieniu po stronie przeciwnéj. To zjawisko przemieszczenia kontraktury pod wpływem magnesu w stanie katalepsyi, wywołanéj sztucznie u choréj jest podobieństwem tego, cośmy widzieli u choréj, cierpiącéj skurczenie histeryczne. Oto siostra miłosierdzia, która przybyła do nas z prowincyi ze skurczeniem lewego ramienia i lewéj ręki; gdy do jéj lewéj ręki zbliżymy magnes, skurczenie to natychmiast ustąpi, a wystąpi na prawéj; to ostatnie zniknie po faradyzacyi, natomiast na lewéj powróci znowu".

Z tego wykładu widzimy, że studyja Charcota nad skurczeniami hysterycznemi doprowadziły do tego: *a)* że skurczenia przemijające dowolnie wywołać można, gdy chora znajduje się w tak nazwanym letargu. Jest to ta sama przypadłość, która usposabia do somnambulizmu, jakto widzieliśmy w sprawozdaniu Gamgeego, gdyż podpowiadane wyobrażenia cudze (rozkazy), lub własne wyobrażenia senne choréj, mogą stać się pobudkami i kierownikami działań ruchowych tak złożonych, jak np. szycie i pisanie imion podyktowanych. Ta sama przypadłość nadużyta, wychowana w kierunku mistycznych wyobrażeń, przedstawiała się marzycielom i zabobonnym jako stan nadzwyczajny, jako stan „jasnowidzenia", czyli widzenia rzeczy, które wiara, zabobon, fantazyja, sen, upojenie, majaczenie, zachwyt fizyjologiczny i patologiczny wywołują w myślach człowieka.

Otóż w tym stanie hypnotyczmu możemy wywołać także skurczenia przemijające mięśni, przez bezpośrednie dotykanie takowych, lub nerwów ruchowych do nich przynależnych. Skurczenia te nie są jednak podobne do skurczeń hysterycznych, które są przypadłością hysteryi ciężkiéj stałéj; dla tego też wnosić należy, że stan hypnotyczny, zwany letargiem (zachwytem), nie jest podstawą skurczeń hysterycznych. Do tego potrzeba, jak się zdaje, stanu hypnotycznego głębszego, tak zwanego kataleptycznego, w którym skurczenie wywołane sztucznie jest trwałe i zachowuje się względem wpływu magnesu jak skurczenia hysteryczne prawdziwe.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Listy z prowincyi.

II.

Od czasu do czasu odzywają się głosy i mnożą uchwały, zmierzające do zaradzenia dotychczasowemu brakowi umiejętnéj pomocy dla kobiet rodzących po wsiach naszych, a środkiem tym ma być utworzenie płatnych posad akuszerek gminnych. Rzeczywiście ciężkie porody skutkiem zaniedbania pociągające za sobą często śmierć dziecka lub matki, a czasem jednego i drugiéj, liczne a najczęściéj z tejże saméj przyczyny wynikające śmiertelne choroby następcze, dochodzą u nas do bardzo wysokiéj cyfry. Prawdopodobném przeto jest, iż otworzenie tak pożytecznéj instytucyi znakomite mogłoby wydać owoce; w obec jednak konieczności równoczesnego zaprowadzenia instytucyi lekarzy gminnych nie można się łudzić, aby projekta te, o ile pożyteczne o tyle i kosztowne, w krótkim czasie urzeczywistnionemi zostały. Że jednak już dziś znalazłoby się wiele sposobów wprawdzie mniéj radykalnych a zatém i kosztownych, a przecież mogących usunąć dużo złego, o tém wie każdy lekarz prowincyjonalny. Główną dzisiaj przyczyną niepomyślnych przypadków położniczych jest nie tyle niedostatek umiejętnéj pomocy, ile raczéj dotychczasowy zupełny brak kontroli nad udzielaniem tejże, a zarazem bezkarność wszelkich szkodliwych praktyk z nią połączonych.

Pomocy położniczéj wśród ludu, udzielają dotąd niemal wyłącznie akuszerki samouczki babkami zwane. Najczęściéj prawie pierwsza lepsza kobieta we wsi, pozbawiona środków do życia, a zatém szukająca przytułku u drugich, często wątpliwéj moralności i wstrzemięźliwości od trunków, raz i drugi będąc widzem manipulacyj wykonywanych na rodzących, zwiększa szeregi domorosłych akuszerek, których w ten sposób nie jedna wieś nawet po kilka liczy. Za małą nagrodę, bo za pożywienie, kilka kwart zboża z dodatkiem kilkudziesięciu grajcarów u zamożniejszych, spieszy z zasobem swéj wiedzy do udzielenia pomocy, ograniczającéj się do przewracania rodzącéj na wszystkie strony, przy pomocy licznie zgromadzonych sąsiadek, nacierania brzucha śmietaną i masłem, w połączeniu z gwałtownem gnieceniem i spychaniem macicy ku dołowi, (co w najpomyślniejszym razie skutkiem zadrażnienia otrzewny wywołuje częste wymioty i zna-

czny upadek sił), pociąganie za część płodu najprzód występującą i kręcenie tąż, a wreszcie do szczelnego skrępowania brzucha po porodzie, rzekomo celem utrzymania macicy we właściwém położeniu, że już pominiemy wiele innych nawet wstrętnych „skutecznych sposobów" i guseł, w których wódka niepoślednią gra rolę. Nie dziwnego też, że przy takiéj pomocy tyle dzieci rodzi się nieżywych, ze złamaną odnogą lub dziurą w ciemieniu, a znacza liczba kobiet ginie skutkiem pęknięcia macicy, zapalenia otrzewny lub długi czas choruje, a czasem traci zdrowie na zawsze, z przyczyny różnorodnych zapaleń narzędzi płciowych, przetok, przedarć międzykrocza etc. Do tego brak wszelkiego dyjetetycznego zachowania się po porodzie i cały szereg wybrednych pokarmów, jak słonina, kiełbasa, a głównie wódka, któremi wtedy wyjątkowo położnica obficie się raczy, nie mało także wpływają na niepomyślny przebieg połogów, a tylko prawdziwie żelaznemu zdrowiu ludu przypisać należy, że wszystkie te szkodliwości nie wywołują daleko gorszych następstw. Nie da się więc zaprzeczyć, że umiejętna pomoc wykształconych akuszerek mogłaby tu zdziałać bardzo wiele; myliłby się jednakże każdy, ktoby sądził, że instytucyja ta, za niezbędnością któréj niekorzystne cyfry statystyczne przemawiają, jest zarazem pożądaną i wyczekiwaną przez lud właściwie interesowany. Kto zna przedewszystkiém fatalizm i zupełną obojętność naszego wieśniaka na zdrowie i życie własne, konserwatyzm i nieufność nawet do najpożyteczniejszych instytucyj i obcych osób, a zarazem brak oświaty i ubóstwo tegoż, nie będzie przypuszczał, iżby akuszerka wykształcona utrzymywana kosztem gminy, a zatém nowy dla niéj ciężar, nadto osoba obca i zawsze z pewnemi odmiennemi potrzebami od ciemnego ludu, znalazła u niego większy mir i zaufanie od swojskich babek, a zarazem sama w obec zapewne nie zbyt wysokiéj pensyi zadowalała się wyżéj przytoczonem honoraryjum, kiedy w pierwszém lepszém miasteczku bez stałego wynagrodzenia może znaleść daleko lepsze i przyjemniejsze utrzymanie. Łatwo tedy przekonać się można, że instytucyja ta choćby nawet w krótkim czasie, czego spodziewać się nie można, w życie wprowadzoną została, nie odpowiedziałaby ani w części nadziei w niéj pokładanéj, jako zaszczepiona na gruncie dotąd zupełnie odłogiem leżącym. Co innego jednakże, jeżeliby długiego zapewne czasu aż do zaprowadzenia powyższéj organizacyi zamiast na wyczekiwanie użyto na usiłowania zmniejszenia przynajmniéj częściowo panującego złego a do tego znalazłoby się aż nadto sposobności i wdzięcznego pola.

Gdyby władze odnośne tak skutecznie gorliwe w wykonywaniu policyi sanitarnéj np. co do bydła, rozciągnęły jaką taką kontrolę tak nad osobami praktyce położniczéj oddającemi się, jak i nad ich czynnościami, niedozwalając pierwszéj lepszéj osobie zajmować się takową; gdyby lekarze powiatowi specyjalnie przy objazdach, a lekarze praktyczni, którzy z pewnością od tego obowiązku by się nie uchylili, przy sposobności pouczali wiejskie babki przynajmniej o tyle, by pomoc ich wprost szkodliwą nie była; gdyby wszelkie pod tym względem wykroczenia i nadużycia, na które dziś nikt nie zwraca uwagi ulegały surowemu dochodzeniu i karze, a ważniejsze lub powtarzające się pociągały za sobą zupełne wzbronienie wykonywania dalszej praktyki; gdyby zamiast, jak to już gdzieniegdzie wprowadzonem zostało, tworzenia nieprzynoszących dla szerokości terytoryjum żadnego pożytku płatnych posad akuszerek tak zwanych powiatowych, kwoty te obracano na wysyłanie od czasu do czasu pojętniejszych babek do najbliższych szpitali, gdzieby mogły choćby krótki czas obserwować pewną, choćby nie wielką ilość porodów i przypatrzeć się postępowaniu z położnicami; w krótkim stosunkowo czasie wszystkie zarządzenia te nie tylko wpłynęłyby korzystnie na obecne stosunki sanitarne, ale także zyskalibyśmy liczny zastęp należycie pouczonych babek po wsiach naszych, i to tém pożyteczniejszych, że pochodzących z ludu i jego zaufanie posiadających, (dla braku którego dziś w razie potrzeby nawet o kilka mil wzywają babki coraz to niby mądrzejsze do rodzącéj, pomimo że tuż w obok leżącém miasteczku znajduje się i po kilka wykształconych akuszerek). Najważniejszą zaś korzyścią byłoby to, że wszelkie dalsze choćiaż z ciężarami połączone ulepszenia rozwijaćby się mogły na polu już do tego należycie przygotowaném.

Jeżeli zaś po wprowadzeniu w życie nawet w najbliższym czasie instytucyi akuszerek gminnych nie możnaby się przy obecnych stosunkach spodziewać bardzo wybitnych rezultatów z wyżéj przytoczonych powodów, to korzyści te przy udziale dzisiejszych akuszerek zmalećby jeszcze bardzo znacznie musiały. Stan ten nie wyzwoliwszy się jeszcze z pewnego upośledzenia w życiu towarzyskiém, jest dotąd prawie wyłącznie *ultimum refugium* dla różnorodnych indywiduów nie umiejących lub nie mogących w inny sposób zabezpieczyć sobie jakiéj takiéj egzystencyi *). Akuszerka taka z konieczności, któréj całém zadaniem jest tylko kontrolowanie prawidłowego porodu i udzielanie drobniejszéj pomocy położniczéj a zarazem posługi, osiada jako wolno praktykująca w pierwszém lepszém miasteczku i tu wśród kobiet, których oświata i cywilizacyja ogranicza się do kapelusza i rękawiczek, w krótkim czasie przekształca się w specyjalistkę, nie tylko w położnictwie, lecz także w zakresie ginekologii i pedyjatryi. Naprawia więc „ze swego miejsca wypaczoną macicę," usuwa wszystkie jéj cierpienia za pomocą smarowań, wstrzykiwań i środków aptecznych, uśmierza chorobę noworodków, prostuje „podwinięte kupry" leczy „oberwania" etc., w ogóle rzadko się zdarzy lekarzowi znaleźć kobietę lub noworodka, a nawet i starsze dzieci, któreby z początku choroby nie przeszły kuracyi akuszerki. Przy porodzie zaś nie ma wcale mowy np. o przestrzeganiu czystości, o użyciu kwasu karbolowego (stosownie do ostatniego rozporządzenia, które jak wiele innych pozostało na piśmie), ale za to sporysz pod nazwą „proszki na bóle" zadawanym bywa zupełnie bez względu na okres porodu, nieraz w dość znacznéj ilości z następstwami, jakie sobie wyobrazić łatwo. W ciężkich porodach przebiegających przy pomocy babek wiejskich zwykle niepomyślnie, nie wiele lepiéj się także dzieje przy pomocy akuszerek; co tam jest następstwem nieświadomości, tu fałszywie pojętego honoru rzekomo narażonego na szwank, gdyby przyzwany lekarz miał ukończyć poród. Nie ma też końca przewracaniu rodzącéj na wszystkie boki, rozszerzaniu pochwy rękami i innym różnym manipulacyjom praktykowanym tak długo, dopóki groźny stan rodzącéj nie spowoduje rodziny mimo oporu akuszerki do wezwania lekarza. Jeżeli zaś tenże przybywszy w ostatecznéj chwili zgani należycie takie postępowanie, a nie zabezpieczywszy się dostatecznie w obec rodziny wykona jaki konieczny rękoczyn, może być pewnym, że wszelkie dalsze zwykle najgorsze następstwa, za podszeptem akuszerki spadną na jego głowę, a tendencyj-

*) Zapewne takiém samém *ultimum refugium* dla wszelkiego gatunku niedouków byłyby specyjalne szkoły lekarskie jakiemi szanowny poseł Dr. Czerkawski kraj uszczęśliwić pragnie.

nie przekręcane i rozszerzane wywrzeć mogą niekorzystny wpływ na dalszą praktykę. Czyż więc można się spodziewać, że działalność takich akuszerek jako gminnych wyda pożyteczne owoce? Wprawdzie lekarz ma prowadzić kontrolę nad ich czynnościami, ta jednakże schodzi do zera w obec nader ogólnikowéj ustawy, a wszelkie pod tym względem usiłowania nie tylko nie odnoszą żadnego skutku, ale owszem wychodzą wprost na szkodę obowiązek na siebie włożony wypełniającego. Surowa tylko kontrola, w połączeniu z takąż odpowiedzialnością zastósowaną przy każdém nadużyciu, nie tak jak się to dotychczas dzieje, dopiero wtedy, kiedy czynność akuszerki staje się jaskrawem przekroczeniem lub ma wszystkie znamiona zbrodni, byłaby tém więcéj na miejscu, że wszelkie tego rodzaju nadużycia nie wypływają wcale z nieświadomości. Przy takim jedynie energicznie i systematycznie w kraju przez władze wprowadzonym nadzorze, zmalałaby niewątpliwie bardzo znaczna ilość niepomyślnie przebiegających porodów i następstw tychże, i w tym téż kierunku przedewszystkiém należałoby nie szczędzić usiłowań.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Reskryptem z dnia 3 bm. l. 14,435 zamianował JEks. minister spraw wewnętrznych w porozumieniu z wys. Ministerstwem wyznań i oświaty Dra A. Biesiadeckiego c. k. kraj. ref. spraw zdrowia przewodniczącym komisyj egzaminacyjnych do egzaminów lekarzy i weterynarzy odbyć się mających w r. 1879/80 w myśl rozp. minist. z dnia 21 marca 1873 l. 37 Dz. P. P., a zastępcą przewodniczącego prof. Dr. G. Piotrowskiego. Na egzaminatorów i ich zastępców przy rzeczonych egzaminach powołano równocześnie: a) przy egzaminach dla lekarzy: 1) z higijeny i ustawodawstwa sanit. prof. Dra S. Janikowskiego na egzaminatora, Doc. Dra K. Grabowskiego na zastępcę; 2) z medycyny sądowéj prof. Dra L. Blumenstoka na egzaminatora, Doc. Dra T. Browicza na zastępcę; 3) z farmakognozyi prof. Dra E. Janczewskiego na egzaminatora, prof. Dra A. Stopczańskiego na zastępcę; 4) z chemii prof. Dra A. Stopczańskiego na egzaminatora, prof. Dra E. Czyrniańskiego na zastępcę; 5) z policyi weterynaryjnéj wet. pow. Dra K. Raspa na egzaminatora, wet. kraj. Dra Wernera na zastępcę. b) przy egzaminach dla weterynarzy: c. k. weterynarza krajowego Dr. J. Wernera i weterynarza miejskiego J. Kubickiego na egzaminatorów. (*Dwutyg. med. publ.*)

* Wydział związku stowarzyszeń lekarskich rakuskich zamierza przedłożyć nowéj Radzie państwa, tak Izbie poselskiéj jakotéż Izbie Panów, petycyję względem organizacyi stanu lekarskiego. W tym celu Wydział wzywa wszystkie stowarzyszenia lekarskie, aby jak najspieszniéj ustnie i pisemnie starały się objaśnić członków obydwóch Izb Rady państwa, pochodzących z kraju lub okolicy, w któréj stowarzyszenia istnieją, o doniosłości petycyi.

Statystyka epidemij. W tygodniu zeszłym złagodniała ospa w Londynie. Doniesiono tylko o 5 przypadkach świeżych, leczyło się w szpitalach 36 a umarło 5. Za to w Budapeszcie i Pradze umarło po 3, w Petersburgu 5, w Barcelonie 9, w Bukareszcie 10, w Paryżu 21. W Barcelonie wzmaga się jeszcze epidemija ospy do 18 października, umarło 44. Przypadki śmierci z durzycy bywają częstsze w Paryżu i Petersburgu. W Londynie i Petersburgu umarło po 4. Odra jest bardzo rozszerzona w Liverpolu i Kopenhadze. Płonica dotąd się nie zmniejszyła w Bukareszcie, w Liverpolu umarło z płonicy 23. Do 11 października umarło w Memfis 22 z żółtéj febry a zapadło 74. W Krakowie umarło do 1 listopada 12 osób z chorób zakaźnych: 5 z ospy (na ul. Krótkiéj L. 70, na ul. Wolskiéj L. 72, na ul. Polnéj L. 56, na ul. Długiéj L. 3 i w szpitalu); 3 z płonicy (w Rynku kaźm. L. 14, na ul. Małéj L. 156, na ul. Walowéj L. 107); 2 z dławca (na ul. Wąskiéj L. 306, na ul. Długiéj L. 53); 2 z czerwonki (w szpitalu), a doniesiono do tego czasu o 14 przypadkach ospy (plac św. Krzyża 408, ul. Długa L. 3, ul. Straszewskiego L. 12, Rynek L. 33, ul. Długa L. 8, ul. Kopernika L. 39, ul. Bracka? ul. Wolska L. 72, ul. Kapucyńska, ul. Karmelicka L. 161); 1 duru brzusznego (Grzegórzki L. 12); 1 płonicy (Podbrzezie L. 109); 1 zimnicy (z ul. Brackiéj L. 158).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 43 umarło w Krakowie na rok i 1.000 mieszkańców 22,1; we Lwowie 31,5; w Warszawie 22,5; w Poznaniu 28,2; w Wiedniu 21,?; w Budapeszcie 32,9; w Pradze 33,8; w Tryjeście 36,5; w Berlinie 22,5; w Hamburgu 24,6; w Wrocławiu 22,1; w Monachijum 37,5; w Dreznie 19,6; w Lipsku 20,0; w Bazylei 19,6; w Brukseli 20,7; w Paryżu 24,4; w Londynie 22,5; w Kopenhadze 25,7; w Stokholmie 17,4; w Chrystyjanii 19,3; w Petersburgu 31,4; w Odesie 33,9; w Bukareszcie 36,9; w Nowym Yorku 21,4; w Aleksandryi 36,0; w Madrasie 42,6. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 6 listopada. N. Pan zamianował docenta prywatnego w uniwersytecie berlińskim, Dra Alberta Adamkiewicza, profesorem zwyczajnym patologii ogólnéj i doświadczalnéj w uniwersytecie krakowskim.

Tym sposobem nastąpił dawno przez Wydział lek. upragniony rozdział katedr osieroconych skutkiem śmierci śp. prof. Skobla, a Wydział lek. przystąpi zapewne niebawem do przedstawienia odpowiedniego kandydata na katedrę farmakologii.

* W ciągu roku szkolnego 1878/9 Wydział lek. krakowski wydał 24 dyplomy doktorom wszech nauk lekarskich, 2 dyplomy magistrom akuszeryi, 7 dypl. mag. farmacyi i 13 dypl. akuszerkom.

* Dziś rozpoczęły się pod przewodnictwem protomedyka Biesiadeckiego egzaminy dla fizyków. Zgłosiło się tym razem 5 kandydatów.

* Temi dniami wyjdą jednocześnie prawie dwa kalendarze lekarskie polskie: Kalendarz lekarski krakowski, o którym już dawniéj wspomnieliśmy (cena egzemplarza oprawnego w płótno angielskie 1 złr. 50 c. wa., czysty dochód przeznaczony na fundusz Tow. lek. galicyjskich służący na zapomogi dla wdów i sierot po lekarzach) i Rocznik medycyny polskiéj, wydawany staraniem i nakładem Dra J. Rogowicza w Warszawie, Rok II, 1880 (składać się będzie, jak w roku przeszłym z 2 części, a mianowicie: Część I (zbroszurowana) zawiera: Przegląd roczny piśmiennictwa lek. pols. (za r. od 1 lipca 1878 do 1 lipca 1879 r.); Część II (oprawiona w płótno angielskie) stanowi właściwy kalendarz: cena obydwóch części 1 rs., z przesłaniem 1 rs. 20 kop.

* **Mianowania i odznaczenia**. Dr. Karol Hofmann, prof. nadzw. chemii fizyjologicznéj i patologicznéj w Gracu mianowany został profesorem zwyczajnym tamże. — Lekarz powiatowy w Raguzie, Dr. Karol Neumeyer, mianowany został radzcą namiestnictwa i krajowym referentem spraw lekarskich w Dalmacyi. — Dr. Maciej Singer, dyrektor szpitala w Szegedynie, w uznaniu zasług położonych podczas powodzi, otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa. — Wyższe kolegijum lekarskie w Monachijum wybrało przewodniczącym swoim Dra Kerschensteinera, referenta spraw sanitarnych w ministerstwie spraw wewn., a to w miejsce Pettenkofera, który godność tę złożył.

* **Nekrologija.** We Wiedniu umarł Dr. Wilhelm Well, b. radzca ministeryjalny i referent spraw lek. w ministerstwie spraw wewn. licząc lat 83. Dr. Well w r. 1836 mianowany został wicedyrektorem, a w r. 1847 dyrektorem „studyjum lekarsko-chirurgicznego“ (tak nazwano do r. 1848 wydział lekarski) we Wiedniu, w r. 1849 był rektorem uniwersytetu, późniéj mianowany został starszym radzcą lekarskim i radzcą sekcyjnym w min. spraw wewn., którą to posadę piastował aż do r. 1865.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 21: Lutostańskiego: O ścianach i wyprawie tychże ze stanowiska zdrowotnego (c. d.): w *Medycynie* Nr. 44: Klinka: Kilka uwag z powodu wycinania t. zw. szankrów twardych (dok).

Redakcyja otrzymała:

Dra Przemysława PIENIĄŻKA, docenta laryngoskopii w uniw. Jagiell., Laryngoskopija oraz choroby krtani i tchawicy. Ozdobiona 15 tabl. litograf. Kraków i Warszawa, Gebethner, 1879, in 8vo str. 604.

(Ocenę dzieła tego przyrzekł napisać dla Przegl. Lek. jeden z najgorliwszych współpracowników pisma naszego.)

Dr. S. PERKOWSKIEGO (w Warszawie): Rak prawéj szczęki górnéj. Resekcyja, wyzdrowienie. (Odbitka z *Gazety Lekarskiéj*) in 8vo, str. 11.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Środę dnia 12 b. m. o godz. 5 popoł. posiedzenie, na którém: 1) Dr. Kwaśnicki przedstawi wnioski podkomisyi co do pożyteczności Zakładów leczniczych dla dzieci zołzowych w Iwoniczu i Rabce, 2) Dr. Lutostański mówić będzie o kąpielach igliwiowych, oraz o różnych przetworach igliwiowych wyrabianych przez P. Nitribitta w Krynicy, które okaże.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 15 listopada 1879. № 46. Rok XVIII.

I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.

Choroby narządu oddechowego.

1. Zapalenie płuc dławcowe.

Opracował Dr. St. Smoleński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Samoistne, niepowikłane zapalenie płuc kończyło się albo śmiercią (w 6 przypadkach), lub zupełném wyzdrowieniem. Z nieprawidłowych, a tém samém i niepomyślnych zejść zapalenia płuc, przytoczę jeden aczkolwiek nie stwierdzony sekcyją, przypadek zejścia w suchoty płucne.

J. B., 51-letni szewc. Przebywał dur i zimnicę. Dnia 28/5 1875 będąc poprzednio zupełnie zdrów po przeziębieniu się doznał dreszczu, gorączki, kaszlu, kłucia w boku lewym, ogólnego osłabienia. Dn. 1/6 stan następujący: Mężczyzna wzrostu słusznego, skóra blada, mięśnie wiotkie, lewy policzek sinawo-czerwony. Całe płuco lewe zajęte naciekiem zapalnym w dolnéj części odgłos bębenkowy, więcéj rzężeń: z czego wnoszono, że sprawa zapalna rozpoczęła się od dołu, szerząc się ku górze, gdzie było zupełne stłumienie odgłosu wypukowego, oddech oskrzelowy i mało rzężeń. Osłabienie wielkie, brak przytomności. Wiecz. ciepł. 39·6, t. 130 (niestosunek tętna do ciepłoty), oddech częsty; wzdęcie brzucha. Gorączka z wyjątkiem dwurazowéj remisyi rannéj (d. 3/6 rano 37·5 a d. 6/6 rano 37·7°) wahała się między 38·0 a 39·6° C.; przesilenie choroby nie następowało. Dzień 9/6 wprawdzie bezgorączkowy, ale już nazajutrz ciepłota podniosła się do 39·9°. Tymczasem w dolnéj części płuca lewego nastąpiło rozdzielenie nacieku zupełne, w szczycie zaś utrzymuje się stłumienie, wydech oskrzelowy, rzężenia nierówno bańkowate, dźwięczne; chory odpluwa wielką ilość plwocin ropnych (do 1½ spluwaczki na dobę), w których włókien sprężystych wykryć nie można było. Ciepłota aż do d. 3/7 prawidłowa, łaknienie lepsze, ale chory traci na wadze. Odtąd znów stan gorączkowy z nasileniami wieczornemi, do 38·5° dochodzącemi, tętno uderza około 100 razy na minutę, fizykalne objawy rozpadu w szczycie lewym. W tym stanie chory opuścił na własne żądanie klinikę.

Jako przykład rzadkiego zejścia zapalenia płuc włóknikowego w ropień, niech służy następujący przypadek:

J. Z., lat 35, wyrobnik; wpływów dziedzicznych wykazać nie można; dotąd miał być zawsze zupełnie zdrów. Choroba obecna rozpoczęła się 13/5 1876 od dreszczów, które dnia następnego się powtórzyły: równocześnie kaszel z plwociną krwawą, ból głowy, duszność, kłucie w prawym boku; późniéj nastało osłabienie wielkie i utrata przytomności. Przyjęty 21/5. Badanie wykazało: wzrost średni, kości dość grube, klatka piersiowa mało wypukła, długa, stożkowata. Sinica twarzy i odnóg; odnogi chłodne. Spojówki żółtawe; na wardze dolnéj reszki wyprysku; język podsychający, żyły na szyi wzdęte. Po stronie prawéj z przodu od 4go żebra, z tyłu od połowy łopatki ku dołowi stłumienie odgłosu, tamże wdech i wydech oskrzelowy, liczne rzężenia nieżytowe. Stłumienie serca prawidłowe, tony czyste, drugi nad tętnicą płucną zaostrzony; tętno 120, miękkie, dwubitne. Ciepłota rano 39·0; wiecz. 39·6° C., odd. 42. Brzuch zapadły, za uciskiem bolesny, brzeg wątroby sięga poniżéj łuku żebrowego, śledziona namacalna, bolesna. Kaszel częsty, plwociny rdzawe, lepkie. W moczu spory ślad białka; osłabienie sił, zamglenie umysłu. Rozpoznanie: *Pneumonia asthenica lobi inferioris et medii dextri.*

Gdy w 9tym dniu choroby nie okazywał się jeszcze bynajmniéj zwrot ku lepszemu, owszem naciek zapalny się powiększał a upadek sił był coraz znaczniejszy, rokowano wątpliwie, obawiając się zejścia w ropień. Dn. 22/5 rano ciepł. 38·8°, tęt. 104; wiecz. 38·6°, tęt. 112, stłumienie posunęło się o 1 żebro wyżéj. Dn. 23/5 rano ciepł. 38·4°, tęt. 116, stan płuca taki sam, mierna bębnica. Mocz o c. g. 1012, białka nieco mniéj, chlorków więcéj. Wiecz. 38·6°, tęt. 108. Dn. 24/5 rano i wiecz. ciepł. 38·6°, tęt. 104. Na twarzy większa sinica, rozmiary nacieku płucnego niezmienione. Uderzenie serca słabsze, tony czyste lecz głuche. Dn. 25/5 rano ciepł. 38·0°, tęt. 108; wiecz. 38·4°, tęt. 108, w nocy 3 stolce wolne. Naciek płuca prawego posunął się nieco ku przodowi a z tyłu ku górze. Dn. 27/5 rano ciepł. 37·2°, tęt. 92; wiecz. 38·4°, tęt. 104. Lekka żółtaczka, 5 stolców wolnych, osłabienie większe. Dn. 28/5 rano ciepł. 37·2°, tęt. 92; wiecz. 38·8°, tęt. 104. Po stronie lewéj klatki piersiowéj i na barku lewym liczne wynaczynionki okrągłe i gwiazdkowate wielkości ziarn prosa; dziąsła rozpulchnione; odleżyna w okolicy kości krzyżowéj. Dn. 29/5 rano ciepł. 37·0°, t. 108, białka w moczu ilość znaczna, chlorków mniéj, c. g. moczu 1012, 7 stolców wolnych. O godz. 6éj wiecz. ciepł. 40·2, tęt. 124, o godz. 7éj ciepł. 39·4°, tęt. 108, odd. 36; poty. Dn. 30/5 rano ciepł. 38·8°, tęt. 104. Naciek z tyłu znów się powiększył, biegunka ciągła, śledziona większa. Dn. 31/5 rano ciepł. 39·0, tęt. 108. Osłabienie wielkie, kaszel mniéj częsty, plwociny śluzowo-ropiaste z żyłkami krwawemi. Białka w moczu bardzo wiele, chlorków ledwie ślad, mała ilość wałeczków szklistych, brak krwi. Podejrzywano tworzenie się ropni w płucu jako

przyczynę gorączki i wielkiego osłabienia, fizykalnie tego jednak nie było można stwierdzić. Dn. 1/6 rano ciepł. 38·0°, tęt. 96, chory zsuwa się z posłania, biegunka ciągła, brzuch bolesny; w płucach stan ten sam. Wiecz. ciepł. 38·6°, tęt. 120. Dn. 2/6 rano ciepł. 37°, tęt. 96; wiecz. 38·6°, tęt. 112; dwukrotne wymioty. Dn. 3/6 rano ciepł. 37·0°, tęt. 116, rozwolnienie ciągłe, bolesność brzucha znaczna, wymioty częste; plwociny skąpe, bryłkowate, śluzowo-ropne. Wiecz. ciepł. 37·6, tęt. 116. Dn. 4/6 rano ciepł. 36·6°, tęt. 112; wiecz. 36·6°, tęt. 116. Stan ten sam. Dn. 5/6 rano ciepł. 37·0°, tęt. 112; wiecz. 37·6°, tęt. 116, wymioty częste, zresztą stan ten sam. Dn. 6/6 rano ciepł. 36·6°, tęt. 116. Zapad, wymioty bardzo częste. Rozpoznano jako powikłanie choroby pierwotnéj przeniesienie się zapalenia opłucny na otrzewnę. Brak gorączki tłumaczono adynamiją. Wiecz. ciepł. 36·2°, tęt. 120. Dn. 7/6 rano ciepł. 38·4°, tęt. 150. Śmierć o godz. 11éj w południe.

Sekcyja dn. 8/6. Płuco prawe w dolnéj części zrośnięte z opłucną żebrową, płat górny zalewa się cieczą pienistą, krwawo zabarwioną. Część płatu środkowego i płat dolny są bezpowietrzne, na rozkroju ziarniste, szaro-żółtawe, kruche; przy powierzchni tuż pod opłucną ognisko wielkości sporego orzecha laskowego, wypełnione częścią ropą, częścią szarawą miazgą rozpadową, prócz tego w głębi płatu parę ropni wielkości ziarn bobu. Opłucna pokrywająca przeponę gęsto nastrzykana, ćma, pokryta wypociną włóknikowo-ropiastą, płuco w miejscu wspomnianego ogniska ropnego silnie przyczepione błonami wrzekomemi do opłucny żebrowéj. Płuco lewe w tylnéj tylko części zrosłe z opłucną żebrową, znacznie obrzękłe, zresztą opłucna prawidłowa. Mięsień sercowy stłuszczony. W jamie brzusznéj do $1\frac{1}{2}$ litra cieczy ropiastéj; tak otrzewna ścienna jakoteż jelitowa pokryte wypociną włóknikowo-ropiastą, zwłaszcza jéj powierzchnia brzuszna po stronie prawéj i torebka wątroby. Jelita gazem silnie rozdęte, pętle jelit pozlepiane wypociną włóknikową, świeżą. Wątroba prawidłowéj wielkości, żółtawo zabarwiona, zraziki niewyraźne, miąższ kruchy. Śledziona w dwójnasób powiększona, torebka zgrubiała, pomarszczona, miąższ blado-wiśniowy. W nerkach zmiany ostrego stłuszczenia. Rozpoznanie anatomiczne brzmiało więc: *Pneumonia crouposa lobi inferioris et partis lobi medii, in stadio partim hepatisationis griseae, partim resolutionis, subsequent. abscessibus pulm. dextri et peritonide purulenta diffusa. Degeneratio adiposa cordis, hepatis, renum. Catarrhus chron. intestini totius. Residua enteritidis follicularis intestini crassi.*

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na rzadkie stosunkowo zejście zapalenia płuc w ropień; tudzież niemniéj rzadkie powikłanie z zapaleniem otrzewny. Od czasów Laënneca ropień po zapaleniu płuc włóknikowém uważany i opisywany był jako zejście dość częste; tymczasem późniejsze badania wykazały, że ropnie w płucach zawdzięczają swe powstanie najczęściéj wcale innym sprawom chorobowym, jak np. ropień zatorowy i ropniczy (pyemiczny), jamy zgorzelinowe i suchotnicze (gruźlicze), nareszcie ropnie od zewnątrz przebijające *(perforating abscess of the lung*, Stokes). Ropień po zapaleniu płuc włóknikowém nie powstaje przez ropne stopienie się tkanki płucnéj skutkiem rozmięknienia nacieku zapalnego, lecz pierwotnie zdaje się polegać na zgorzeli miąższu płucnego, do któréj dopiero następowo przyłącza się odczynowe zapalenie ropne otaczającéj tkanki płucnéj (Leyden). Plwociny w przebiegu rozwijającego się ropnia płucnego mają według Traubego zawierać cząstki miąższu płucnego, gołém okiem dostrzegalne; Leyden zaś kładzie nacisk na ich własności drobnowidowe, mianowicie obecność włókien sprężystych. Namienia jednakże, że i one mogą uledz rozkładowi, jak to miało miejsce w jednym z jego przypadków (Leyden, *Volkmanns Samml. klin. Vortr.* Nr. 114 i 115). Podobnie i w naszym przypadku plwociny nie miały nic charakterystycznego, ani makroskopowo ani drobnowidowo. Fizykalnie jama ropniowa daje się wtenczas stwierdzić stanowczo, gdy dojdzie do pewnéj wielkości i położona jest blisko powierzchni, podobnie jak i jamy suchotnicze. W naszym przypadku w braku własności cechujących plwocinę, tudzież niewielkich rozmiarów ropnia głównego — nie mówiąc już o maleńkich ogniskach ropnych w głębi płuc — niewątpliwe rozpoznanie za życia było niemożebném a tylko drogą wykluczenia innych powikłań stawało się prawdopodobném.

Niemniéj ciekawém i rzadkiém było w naszym przypadku ropne zapalenie otrzewny, jako następstwo przeniesienia się sprawy zapalnéj z opłucny płuca prawego na opłucnę przeponową, a stąd na torebkę wątroby i całą otrzewnę, jak to stwierdziło badanie pośmiertne. Daleko częściéj bowiem zdarza się stosunek odwrotny, tj. że sprawa zapalna na otrzewny podnieca zapalenie opłucnéj, na co zwracał już uwagę Traube *(Symptome der krank. d. Resp. u. Circ. 145*, i *Gesammelte Beiträge III. 89)*.

Prócz powyższego przypadku jeszcze w 5 innych choroba w mowie będąca zakończyła się śmiercią. Streszczę je poszczególe.

J. W., lat 30, wieśniak. W młodości nigdy nie chorował. Od 9ciu miesięcy kaszle odkrztuszając plwocinę śluzowo-ropną, duszności przytém nie doznaje; od 4 miesięcy doznaje dokuczliwego darcia w odnogach dolnych zwłaszcza lewéj, która przed miesiącem zaczęła puchnąć. Przed 8 dniami poczuł lekkie dreszczyki i kłucie w boku prawym, poczém kaszel był większy z plwociną rdzawą. Dn. 2/2 przybył do kliniki. Badanie wykazało: wzrost średni, odżywienie bardzo nędzne, budowa wątła. Ogólna opuchlina, największa na podudziach i stopach. Klatka piersiowa głęboka, stożkowata, długości prawidłowéj, po stronie lewéj bardziéj ruchoma. Oddech płytki, mozolny, dołki nad- i podobojczykowe, dołek nadmostkowy i przetwory międzyżebrowe podczas wdechu zapadają się. Wargi blade, język siny, lekko obłożony, wilgotny.

W szczycie płuca prawego odgłos stłumiono-bębenkowy; pod obojczykiem w pobliżu mostka bębenkowy, a daléj ku zewnątrz stłumiono-bębenkowy, ku dołowi w linii przymostkowéj i sutkowéj odgłos stłumiono-bębenkowy sięga do 4go żebra, odtąd zaś aż do 6go żebra jest jawny bębenkowy; w linii pachowéj zupełna czczość odgłosu wypukowego. Z tyłu od szczytu aż do dolnego kąta łopatki odgłos zupełnie stłumiony, poniżéj stłumiono-bębenkowy. Wdech i wydech po stronie prawéj w szczycie i pod obojczykiem oskrzelowy, obok tego liczne rzężenia dźwięczne, poniżéj wdech nieoznaczony, wydech słyszalny; w pasze i z tyłu wdech i wydech oskrzelowy, obok tego rzężenia różnobańkowe, dźwięczne. Po stronie lewéj, zwłaszcza w szczycie, nieliczne rzężenia nieżytowe. Uderzenie serca niewidoczne, zaledwie słabo namacalne w 5tym przestworze międzyżebrowym, na wewnątrz i poniżéj sutka. Stłumienie wypukowe serca prawidłowe, tony słabe, głuche, drugi ton nad tęt. płucną zaostrzony. Tętno drobne, nitkowate, chybkie, bardzo miękkie.

Brzuch miernie wzdęty, za dotykiem niebolesny; w jamie brzusznéj mała ilość płynu wolnego. Dolny brzeg wątroby sięga na 10 cm. poniżéj łuku żebrowego, okolica wątroby za głębokim uciskiem bolesna. Śledziona rozmiarów prawidłowych. Mocz w ilości skąpéj, barwy ciemno-żółtéj, oddz. kwaśnego, c. g. 1·014, zawiera barwiki prawidłowo zwiększone, mocznik, kwas moczowy, fosforany potasowców i siarkany w ilości zwiększonéj, fosforany ziemne w ilości zmniejszonéj, chlorków bardzo mało; z ciał nieprawidłowych: ślad białka i małą ilość uroerytrynu; w osadzie zwykłe składniki. Z przypadów czynnościowych zasługują na uwagę znaczna duszność, częsty i męczący kaszel z odkrztuszaniem plwocin czerwono-brunatnych, płynnych, dość obfitych, w których znajdują się bryłki zbitsze, lepkie, niepieniste. Badanie drobnowidowe plwocin wykazało ciałka ropne, ciałka czerwone krwi i przybłonek płaski. Pragnienie dość dokuczliwe, brak apetytu, biegunka. Chory przytomny, zakres zmysłów prawidłowy, osłabienie znaczne. Ciepł. wiecz. 38·0°, tęt. 140.

Rozpoznano: Zapalenie włóknikowe płuca prawego, z upośledzeniem czynności serca wysokiego stopnia.

Dn. 3/2. Ciepł. ranna 39·0°, tęt. 130. Stan jeszcze gorszy, upadek sił bardzo znaczny, duszność wielka, objawy postępującego obrzęku płuc. Tętno pod wieczór nitkowate, około 160 na minutę; ciepł. 38·0°. O godz. 11éj wiecz. śmierć.

Badanie pośmiertne, wykonane dn. 5/2 przez prof. Dra Biesiadeckiego, wykazało w streszczeniu co następuje: Płuco lewe w tylnych częściach zrośnięte z opłucną żebrową, na opłucnéj płatu

górnego kilka drobnych wynaczynionek; na rozkroju płat górny obrzękły, zalewa się cieczą pienistą; płat dolny, szczególniéj w tylnéj części zbity, kruchy, powierzchnia przekroju gładka, z miąższu wygnieść się daje ciecz prawie bezpowietrzna, mętna, krwawo zabarwiona. W przednich częściach płuco obrzękłe, przekrwione. Płuco prawe zlepione z opłucną żebrową wypociną włóknikową, na rozkroju płaty górny i średni zbite, kruche, bezpowietrzne; powierzchnia przekroju lekko ziarnista, szaro-żółtawa, miąższ zawiera liczne drobne wynaczynionki. Powierzchnia rozkroju zalewa się cieczą gęstą, ropiastą; takaż ciecz znajduje się w oskrzelach. Płat dolny mniéj zbity, mierną ilość powietrza zawierający, obok cieczy krwawéj, dość lepkiéj. Gałąź tętnicy płucnéj prawa, prowadząca do płatu górnego, zatkana skrzepem suchym, kruchym, żółtawo-czerwonym, do 3 linij grubym, podobnyż skrzep znajduje się w gałęzi prowadzącéj do płuca lewego. Serce małe, skurczone, mięsień blado-brunatny, kruchy; zastawki prawidłowe. Wątroba rozmiarów prawidłowych, miąższ suchy, kruchy. Śledziona wielkości prawidłowéj, miąższ jasno-wiśniowy, zbity. Nerki wielkości prawidłowéj, torebka łatwo schodzi z powierzchni gładkiéj; miąższ na rozkroju blado-żółtawy, istota korowa wąska, piramidy wyraźne, miąższ nieco kruchy. W jelicie biodrowém kilka wrzodów pokrytych nekrotyzującą masą szarawą, o brzegach gładkich cieńkich; dno wrzodów tworzy błona podśluzowa. W rozgałęzieniach tętnicy kreskowéj nigdzie skrzepu wykryć nie można, natomiast żyła biodrowa lewa i podkolanowa zatkana skrzepem suchym, żółtawym, silnie do ściany przylegającym; skrzep zatykający żyłę biodrową lewą wchodzi na kilka linij do światła żyły głównéj dolnéj.

Rozpoznanie anatomiczne: *Pneumonia crouposa in stadio partim hepatisationis griseae, partim resolutionis; hyperaemia et oedema pulmonis sinistri. Infiltratio adiposa cordis, hepatis, renum. Thrombosis venarum popliteae et iliacae sinistrae, subs. embolia art. pulmonalis; ulcera (embolica?) jejuni.*

(Dokończenie nastąpi.)

II. Tłuszczak wrodzony znacznych rozmiarów, operacyja, wyzdrowienie zupełne.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Turce.

(Ciąg dalszy i Dokończenie. Patrz Nr. 45.)

Zaraz dnia następnego po przybyciu choréj, tj. 18go czerwca r. b., przystąpiłem do zbadania powtórnego choréj wraz z zaproszonymi kolegami: Drem Piepesem i Kelhoferem, którzy mi swą pomoc przy dokonaniu téj choć prostéj, ale mozolnéj operacyi z chęcią ofiarowali. Wynik badania był ten sam, co w pierwszéj chwili zobaczenia choréj, a wymiary guza nowotworowego raz jeszcze dokonane nie wykazywały wcale znaczniejszego rozrostu tłuszczaka podczas ubiegłych dwóch miesięcy. Obawiając się, aby chora przebywająca właśnie tegoż dnia regularność, jednak bez jakichkolwiek boleści, nie odstąpiła od swego zamiaru poddania się rękoczynowi operacyjnemu, postanowiłem na tę okoliczność nie zważać i przystąpiłem natychmiast do wycięcia nowotworu.

Znieczulenia choréj dokonaliśmy za pomocą zastrzyknięcia 0·02 grm. morfinu pod skórę ramienia prawego i następnego rozpylania chloroformu. Już po 3 minutach, spotrzebowawszy zaledwie może z 4 grm. chloroformu, znieczulenie zupełne tak dalece nastąpiło, że chora podczas całéj operacyi przeszło pół godziny, a wraz z obmyciem i zabandażowaniem rany blisko godzinę trwającéj, oddychała nader swobodnie, nie reagując zupełnie na ból towarzyszący wyłuszczaniu tłuszczaka. Zanim przystąpiłem do cięcia podłużnego przenikającego skórę otaczającą nowotwór, starałem się uniknąć zbytecznego krwotoku za pomocą pętli kauczukowéj uciskającéj grubą szypułkę tłuszczaka tuż przy jego nasadzie. Po tego rodzaju przygotowaniach rozpocząłem rękoczyn krwawy za pomocą cięcia podłużnego nieco eliptycznie przebiegającego z góry ku dołowi, przez największą wypukłość guza nowotworowego, zamierzając następnie w podobnyż sposób poprowadzić drugie cięcie od strony kręgosłupa, aby wykroiwszy tym sposobem płat skóry zbyteczny już do pokrycia rany, nie obcinać powtórnie brzegów skóry oddzielonéj od olbrzymiego tłuszczaka. Przekrojone grube żyły jednorazowo tylko krwią buchały i szybko się zapadały, a w ogóle krwotok żylny nie był tak znaczny, jak z góry można się było tego spodziewać, sądząc po sieci grubych naczyń żylnych oplatających nowotwór. Zawdzięczyć to trzeba było po części i powyżéj wzmiankowanéj pętli kauczukowéj uciskającéj szypułkę tłuszczaka. Skóra w całéj swéj grubości i długości przecięta dawała się szybko za pomocą cięć długich i jużto za pomocą palców, już to trzonka skalpelu oddzielać od ścięgnistéj torebki nowotworu. Skóra oddzielona kurczyła się energicznie i w wysokim stopniu; krwotok tętniczy przy oddzielaniu skóry, a następnie przy odłuszczaniu guza od mięśni grzbietnich był nieznaczny, tak że zaledwie tylko tu i owdzie trzeba było drobną tętniczkę podwiązać. Do przewiązek użyłem za przykładem Czernego i Billrotha (*Wiener mediz. Wochenschrift* Nr. 1.) jedwabiu gotowanego przez godzinę w mocnym rozczynie (5%) kwasu karbolowego i przechowanego następnie w epruwetce kwasem karbolowym napełnionéj. W ten sposób za pomocą 2 cięć podłużnych eliptycznie przebiegających z góry przez całą wypukłość guza ku dołowi i tyłowi wykroiłem kawał skóry kształtu eliptycznego pozostawiony na tłuszczaku, a następnie oddzieliłem skórę mającą służyć do pokrycia rany od guza, a wreszcie sam guz od ściany tylnéj klatki piersiowéj. Przy końcu oddzielania guza musiałem zdjąć pętlę kauczukową, zwłaszcza że górny koniec rany pod nią się zesuwał, co jednak krwotoku zbytecznie nie zwiększyło. Po półgodzinnéj pracy nowotwór w całości był wyłuszczony, żadnego zrazika ani też pasma tłuszczowego nie pominąłem; w ogóle założyłem 8 przewiązek na drobne tętniczki krwią tryskające. Obmywszy ranę 5% kwasem karbolowym i założywszy długi dren, przystąpiłem do spojenia brzegów rany za pomocą szwów metalowych. Płaty skórne mimo znacznego skurczenia się skóry pokryły rozległą ranę w zupełności i bez napięcia spojone zostały za pomocą 10 szwów drucikowych; do opatrunku użyłem gazy karbolowéj i waty salicylowéj 11%. Zabandażowawszy chorą zbudziliśmy ją dopiero i pokrzepili kieliszkiem mocnego wina. Prócz przybladnięcia nieznacznego operowanéj nie można było innéj zmiany w niéj wykryć, zapytywana, jak się miewa, odpowiadała, że dobrze spała i że czuje tylko obecnie mały ból na plecach. Tętno jéj było dość pełne, regularne, 72 na minutę, ciepłota prawidłowa. Wymiotów po śniadaniu mleczném nie było podczas znieczulania choréj wcale żadnych. Chora pokrzepiona nieco winem, a w pół godziny później rosołem, pozostała przez godzinę na kanapie w moim pokoju ordynacyjnym, gdzie operacyi dokonałem, poczém przeniesiono ją na drzwiach stajennych pokrytych kożuchem do przyległego domu, gdzie miała przebywać okres pooperacyjny.

Badanie guza wyłuszczonego potwierdziło w zupełności nasze poprzednie, łatwe rozpoznanie; guz składał się z licznych mniejszych guzów i zrazików tłuszczowych, ładnie żółto zabarwionych i dość jędrnych. Zważenie nowotworu wykazało, iż miał 4½ kilo czyli 9 funtów wagi. Nie robiłem żadnych przekrojów, niechcąc psuć całości preparatu, który

zapakowawszy w słój blaszany wypełniony spirytusem z dodatkiem kwasu karbolowego, przesłałem dnia następnego do muzeum anatomiczno-patologicznego naszego Uniwersytetu.

Okres pooperacyjny u naszéj choréj przedstawiał tylko w 1ym tygodniu objawy godne bliższéj uwagi, późniejszy przebieg był zwykły i taki, jaki i w innych przypadkach zazwyczaj spostrzegano.

Zaraz wieczorem tegoż samego dnia, w którym operacyję wykonałem, tj. 18 czerwca rb. o godzinie 6éj wieczorem, zastałem chorą mocno gorączkującą. Przed godziną uskarżała się na silny dreszcz trwający przez pół godziny i kłucie w boku prawym, w miejscu dawnéj siedziby tłuszczaka, poczém nastąpiła gorączka wraz z przyspieszeniem tętna i innemi właściwemi jéj objawami. Ciepłota wynosiła 40·5° C., tętno 116. Bliższe badanie wykryło zaostrzenie szmerów oddechowych w okolicy rany, wdech był niemal oskrzelowy, wydech nieoznaczony, zaostrzony, pomięszany z rzężeniami drobniutkiemi, trzeszczącemi. Pojawiły się zatém pierwsze przypady zapalenia płuca prawego, komplikujące przebieg sprawy gojenia się rany obszernéj, usadowionéj na tylnéj ścianie klatki piersiowéj. Zaleciłem choréj *Infus. ex 1·50 folior. Digitalis 300 c., Elixir. acidi Halleri 2,00, Syrupi Rubi Idaei 30,00,* nadto po $^{1}/_{2}$ grama *Chinini sulfurici* 2 razy dziennie. Nazajutrz ciepłota z rana była 40·3, tętno 116, wdech i wydech oskrzelowy wyraźny pod kątem łopatki prawéj, mały kaszel z kłuciem połączony. Krwotoku nie było żadnego, przesączyna z rany nie była bardzo znaczną, opatrunku nie zdejmowałem, tylko zwilżyłem go pyłem kwasu karbolowego. Wieczorem gorączka nieco się jeszcze wzmogła, ciepłota mimo 1 grm. chininu wynosiła 40·8°C, tętno 124 pełne i szybkie. W ciągu dnia nastąpił 1 stolec miazgowaty, kaszel niezbyt mocny, kłucie nieco mniejsze w boku prawym. Wejrzenie choréj zresztą dobre obudza nadzieję, że chora powikłanie to z zapaleniem płuca prawego dobrze zniesie.

W piątek dnia 20 czerwca, tj. w dwie doby po dokonaniu operacyi, opatrunek zmieniono, brzegi rany okazały się dość dobrze *per primam* spojonemi, przez dren sączyła się sekrecyja surowiczo-krwawa. Ranę przestrzykano $2^{1}/_{2}\,\%$ kwasem karbolowym kilkakrotnie; płaty skórne obrzmiałe w stopniu miernym, przy brzegach swych zaczerwienione, jak to bywa zazwyczaj w pierwszych dniach po rękoczynie, zwieszały się nieznacznie woreczkowato przy dolnym swym brzegu; ani śladu róży przyrannéj nie zdołałem dostrzedz nigdzie. Ciepłota wynosiła 40·2°, tętno 116. Na całéj przestrzeni rany aż po grzebień łopatki przysłuchiwanie wykazywało wdech i wydech wyraźnie oskrzelowy, bronchofoniję wydatną, wypuk stłumiono-bębenkowy w górze, a stłumiony poniżéj kąta łopatki. Wieczorem tegoż dnia znów pomimo 1 gramowéj dawki chininu ciepłota 41·0° C., tętno 132.

Chora mimo to nie uskarża się zbytecznie i twierdzi, że prócz pragnienia i lekkiego kaszlu jakoteż miernego kłucia w boku prawym nieczuje innych dolegliwości. Język jéj wilgotny; regularność zupełnie ustąpiła.

Czwartego dnia utrzymywała się jeszcze gorączka lubo już znacznie mniejsza, bo wynosiła z rana 39·0, a wieczorem 39·2; tętno po wypiciu 300 gramów (z $2^{1}/_{2}$ grm.) naparu naparstnicy zrzedniało, wynosząc 92 na minutę. Tegoż dnia znów zmieniono opatrunek i 2 szwy metalowe wrzynające się w brzegi rany odjęto. Brzegi rany okazały się ładnie spojone na drodze rychłozrostu. Sekrecyja surowiczo-krwawa przeważnie, z małą domieszką brudno-żółtéj wypociny, zwiastującéj rozpoczynające się ropienie. Kłucie w boku ustąpiło, chora czuje się swobodniejszą; przysłuchiwanie wykazało, iż stopień oddechu oskrzelowego nieco zmalał. Nazajutrz, tj. 5go dnia po operacyi z rana, jeszcze była mierna gorączka, a wieczorem nastał już okres bezgorączkowy (z 38·9 na 36·8), tętno również zrzedniało wynosząc tylko 78 na minutę, czyli jedném słowem nastąpiło przesilenie. Szmery oddechowe następnie stosunkowo dość szybko odzyskały cechy prawidłowe, kaszel ustąpił, odgłos wypukowy z bębenkowego stał się jawnym i pełnym. Chora odzyskała humor i apetyt i szybkim krokiem następnie zbliżała się do zupełnego wyzdrowienia.

Przyczyną zapalenia płuca prawego, i to przyczyną bezpośrednią, było wytworzenie skutkiem rękoczynu operacyjnego ogromnéj rany na tylnéj ścianie klatki piersiowéj, a doświadczenie lekarskie, szczególniéj na polu chirurgii, poucza, że częstokroć po operacyjach na klatce piersiowéj w większych rozmiarach przedsiębranych, np. po wyłuszczaniu większych nowotworów, odcinaniu sutków zrakowaciałych itp., wikła okres pooperacyjny zapalenie odpowiedniego płuca. W naszym przypadku przyłączyć się mogła nadto jeszcze i ta okoliczność, że operowaną podczas dnia letniego lecz nieco dżdżystego przeniesiono do małéj ciemnéj izdebki, ułożono pod oknem naprzeciw drzwi, i tym sposobem wystawiono na kilkogodzinny przeciąg, co również przyczynić się mogło do tém prędszego wywołania sprawy zapalnéj w płucu prawém. Spostrzegłszy to wieczorem kazałem chorą inaczéj ułożyć, w ciasnéj jednak i małéj izdebce nie można było wielkich wygód dla choréj ani się spodziewać, ani nawet wymagać, a o odpowiedniejszém pomieszczeniu choréj w obec nader nędznych stosunków sanitarnych pod względem budowlanym w naszych małych miasteczkach galicyjskich, szczególniéj zaś w Turce, nawet myśleć nie było można.

Dnia 23go czerwca rb., tj. 6go dnia po operacyi, odjąłem wszystkie szwy metalowe, z wyjątkiem dwu w górnym i dolnym odcinku rany, spoiwszy brzegi tejże za pomocą długich i dosyć szerokich pasków przylepca zwyczajnego. Ropienie miernie obfite rozpoczęło się już, znajdując wygodny odpływ przez dren wzdłuż całéj długości rany ułożony, ropa miała wejrzenie zadowalające i woń słodkawą. Ciepłota była odtąd stale prawidłową. W 2 dni późniéj tj. 25 t. m. odjąłem ostatnie dwa szwy; rana poczęła się nieco tylko w środku rozstępować, ale w górnym i dolnym odcinku była dobrze *per primam* spojoną. Ranę ściągnięto jeszcze w miejscu 2 ostatnich odjętych szwów plastrami, i opatrzono za pomocą gazy karbolowéj ułożonéj bezpośrednio na ranie oraz waty salicylowéj grubo ranę i jéj sąsiedztwo otulającéj. Opaski z gazy karbolowéj, mokre, przytwierdzały należycie cały opatrunek, który następnie co 3 dni tylko zmieniałem. Tego rodzaju opatrunek przeciwgnilny był mi bardzo na rękę, zwłaszcza w obec mych częstych wyjazdów kilkudniowych, a mimo dłuższego nieraz niż 3 dni pozostawienia opatrunku nie znajdowałem żadnéj niepożądanéj reakcyi w gojeniu się rozległéj rany. Obrzmienie płatów skórnych i woreczkowate opuszczanie się ich w odcinku dolnym rany ustępowało z dniem każdym. Po 2 tygodniach chora przechadzała się po ogródku, a po 3 tygodniach opuściła Turkę i powróciła do swojéj wioski rodzinnéj. Odtąd opatrywałem ją co tydzień tylko, korzystając z częstych przejazdów: rana goiła się wśród miernie obfitego ropienia zwolna lecz prawidłowo, dren usunąłem po 3 tygodniach, gdy już ropienie zmalało. Po 2 miesiącach płaty skórne w całości przyrosły do tylnéj ściany klatki piersiowéj, a i mała przetoka pozo-

stała po wyjęciu drenu pokryła się ziarniną i po przyżeganiach kamieniem piekielnym zabliźniła się całkowicie. Obecnie operowana wygląda bardzo dobrze i oddaje się zajęciom gospodarskim z całą swobodą.

Wszystkie powagi w świecie lekarskim, zwłaszcza na polu chirurgii, zgadzają się na to, iż zagojenie się rany powstałéj po wyłuszczeniu wielkich tłuszczaków na drodze rychłozrostu i w przeciągu krótkiego czasu bez ropienia należy do rzadkich wyjątków. Obecnie przy użyciu opatrunku przeciwgnilnego może te przypadki szybkiego zagojenia się częściéj powtarzać się będą; co do mnie to w przypadku moim nie marzyłem nawet o podobnym przebiegu sprawy pooperacyjnéj, i z góry przygotowałem chorą na 2 miesięczne gojenie się rany w razie nawet najpomyślniejszym; raz z powodu znacznych rozmiarów tłuszczaka i rozległéj rany powstałéj po jego wycięciu, a powtóre tém bardziéj, gdy po dokonaniu rękoczynu dołączyło się zapalenie płuca prawego, nie mogące żadną miarą korzystnie wpłynąć na przebieg sprawy gojenia się wielkiéj rany.

To też Lücke (l. c. 152) w ten sposób pisze o gojeniu się ran po wyłuszczeniu tłuszczaków powstałych: „Rany jamiste pozostałe po wycięciu tłuszczaków zwykle mają złą opiniję, z tego powodu, że łatwo mają ulegać sposoczeniu i stawać się przyczyną róży i zapalenia różycowatego tkanki podskórnéj *(Erysipelas et Phlegmone)*. Tłumaczy się zaś ta sprawa w łatwy sposób przez to, że po wyłuszczeniu tłuszczaków powstają częstokroć wielkie, nieregularne zatoki i jamy, w których się ropa z łatwością zatrzymuje; przyczynić się może do tego obecność całych pasem tkanki łącznéj przytwierdzających tłuszczaki, a w końcu dołącza się i ta okoliczność, że po wycięciu tłuszczaków usadowionych w tkance tłuszczowéj rozpoczyna się długotrwałe ropienie i cuchnące posoczenie tejże tkanki. Gojenie się zatém po wyłuszczeniu większych tłuszczaków jest zawsze powolne, ponieważ mamy do czynienia z wielkiemi powierzchniami rannemi i to podwójnie wielkiemi, ponieważ musimy i skórę pokrywającą tłuszczak oddzielić i znaczną jéj część celem przykrycia rany pozostawić. To też należy to do największych rzadkości, jeżeli rana po wyłuszczeniu wielkich tłuszczaków zgoi się na drodze rychłozrostu; a postępujemy całkiem racyjonalnie, jeżeli się obawiamy zastoin ropnych; nie kusimy się wcale o *prima intentio*. Mimo to widziałem, powiada autor, jeden przypadek, gdzie rana po wycięciu tłuszczaka, wielkości głowy dorosłego mężczyzny, na udzie pewnéj kobiety, spojona kilku szwami i obłożona workami z lodem, prawie na całéj przestrzeni bez ropienia się zlepiła“. Tak się w téj kwestyi odzywa Lücke pisząc swe trafne spostrzeżenia w czasie, kiedy nie znano znakomitych wyników oprawy ran przeciwgnilnéj podanéj przez Listra. Dzisiaj należałoby o tyle zmodyfikować te zapatrywania i powiedzieć: „Że staraniem każdego operatora nawet po wyłuszczeniu wielkich tłuszczaków powinno być, aby przy troskliwém przedrenowaniu rany sprowadzić jéj zagojenie się przez rychłozrost“, a chociaż meraz idealnym tym zamiarom przeszkody staną na drodze i sprowadzą pewne zboczenia w okresie pooperacyjnym, to jednak zagojenia się takich ran przez rychłozrost nie trzeba się nam tak obawiać, jak to dawniéj Lücke utrzymywał.

W nadziei, że przez ogłoszenie niniejszéj rozprawki dorzucam ziarnko do wspólnéj pracy „o nowotworach“, kończę ten przypadek kazuistyczny spodziewając się zarazem, że opis jego będzie stanowił i dla innych kolegów zachętę, aby za pomocą zbawczéj potęgi noża operacyjnego w najkrótszy sposób trafiali do przekonania ludu o wartości nauki lekarskiéj.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Bamberger (we Wiedniu): **O chorobie Brighta i jéj stosunku do innych chorób**

Sprawozdanie Dra K. Żuławskiego.

Jakkolwiek dostatecznie jest wiadomém, że bardzo często rozliczne choroby wywołują cierpienie nerek, zwane chorobą Brighta, a na odwrót znowu choroba Brighta rozliczne następowe cierpienia za sobą pociąga, to jednak co do bliższych szczegółów tychże spraw chorobowych, napotykamy w literaturze tylko bardzo niedokładne i często sprzeczne ze sobą podania. Ażeby ten rozwój chorobowy w najrozmaitszych stosunkach rozpoznać, starał się prof. Bamberger zbadać obfity materyjał zakładu patologiczno-anatomicznego, i w tym celu badał protokóły sekcyjne pod kierunkiem prof. Rokitanskiego prowadzone, a mianowicie z 12 lat ostatnich Roczniki te zawierają 19.000 sekcyj, z tych w 2430 przypadkach chorobę Brighta rozpoznano.

Co do okresów téj choroby, to opisane przypadki odpowiadają w ogólności 3 okresom Frerichsa. Co do podziału na formy, to zmiany, jakie przy badaniu nerek znachodził, przemawiają za tém, że w chorobie Brighta nie jedna tylko część utkania, lecz wszystkie istotę korową stanowiące pierwiastki, jakkolwiek w różnym stopniu są lub mogą być zajęte; że zatém formy te początkowo wcale nie są od siebie oddzielone, lecz że stopniowo rozmaite przejścia istnieją. Sądzi zatém, że obraz kliniczny choroby tworzy nie forma anatomiczna, lecz sam przebieg, oraz zmiany towarzyszące i następowe. Z tego też względu dzieli przypadki, jakie badał, na 2 działy: I. forma pierwotna choroby Brighta, gdzie cierpienie nerek jest samoistne i pierwotne, liczba tych przypadków wynosi 807, tj. 33%. II. Forma następowa choroby Brighta: cierpienie nerek wywołane ważnemi zmianami w organizmie; liczba tych przypadków wynosi 1623, czyli 67%.

I. Forma pierwotna choroby Brighta (*primäre parenchymatose und interstielle Nephritis*). Powstaje tak z powodu zaziębienia jakotéż i przemoczenia, już to nagle już to zwolna, atoli w większéj liczbie przypadków przyczyny chorobowéj wyjaśnić nie można. Przypuścić trzeba, że takowa musi być więcéj natury ogólnéj, a to ze względu na to, że sprawa zapalna na obie nerki się szerzy, oraz w następowéj formie, ogólną taką przyczynę wykazać można. Wprawdzie podania Gula i Suttona, jakoby przyczyną ch. Brighta było ogólne cierpienie naczyń, zdawały się tę sprawę nagle rozjaśniać, atoli dalsze badania zdania tego nie potwierdziły. Na 807 przypadków było z ostrym przebiegiem 67, z przewlekłym 357, a z zanikowym 383. Co do płci: Męż. 445, tj. 55% kob. 362 tj. 45%. Stosunek leczonych mężczyzn do kobiet z przecięcia 10 lat jest 63 i 37, płeć męzka więc przeważa. Co się tyczy wieku: to z ostrym przebiegiem jest najwięcéj przypadków w 2, 3 i 4 dziesiątku lat, (54 na 67), z przewlekłym w 4, 5 i 6 dziesiątku (214 na 357) a z zanikowym w 5, 6 i 7 dziesiątku (238 na 383).

II. Forma następowa ch. Brighta. Anatomicznie tylko w dwu punktach zdaje się zachodzić różnica pewna

pomiędzy obiema formami: 1) że przeobrażenie skrobiowe mniejszych tętniczek i kłębków naczyniowych *(Gefässknäuel)* o wiele częściéj się pojawia w formie następowéj. 2) że forma pierwotna z przebiegiem ostrym rzadko śmierć wywołuje, tém samém przy sekcyi zazwyczaj znachodzimy późniejsze okresy rozwoju, podczas gdy w formie następowéj okresy wczesne się znajdują. Wybitna atoli różnica występuje pod względem klinicznym. W formie następowéj ch. Brighta objawy pierwotnéj choroby często tak przeważają, że rozpoznanie cierpienia nerek przy łóżku chorego staje się niemożebném, częstokroć nawet i w późniejszych już okresach. Białka, jakotéż i cechujących składników stałych w moczu nie napotykamy, albo są one tak nieznaczne, że z obecności ich nic pewnego wnioskować nie można. Takie ukryte przypadki zdarzają się wprawdzie i w pierwotnéj formie, jednakże tylko wyjątkowo. Różnicą ważniejszą między obu formami jest oddziaływanie na serce, w formie pierwotnéj napotyka się powiększenie serca bardzo często (42.6%), w formie następowéj zaś bardzo rzadko (3.3%).

Choroby pierwotne, wywołujące ch. Brighta, dzieli Bamberger na 3 grupy: Do pierwszéj zalicza istoty trująco i zaraźliwie działające, już to z zewnątrz do organizmu wprowadzone, już téż w nim powstałe. A ponieważ pierwiastki te przez nerki z organizmu wydzielane bywają, przypuścić trzeba, że drażniąc nerki wywołują zapalenie tychże. Nie rozstrzyga atoli pytania, czy cierpienie nerek towarzyszące durowi, płonicy, dyfteryi, cholerze, ospie, kile, zimnicy, jako bezpośrednie następstwo drażniących schizomycetów uważać należy, lub téż w skutek innych w organizmie powstałych zmian pochodzi.

Najwybitniejszą rolę odgrywają tu formy powstałe przez samo zakażenie, tj. przez wessanie zniszczonych tkanin organicznych, np. w ropieniu lub sposoczeniu. Należą tu zołzy, gnilec, suchoty, próchnienie i martwina kości, ropne zapalenie stawów, skóry i tkanki podskórnéj, wrzody rakowe, kiłowe, durzycowe itp.

Drugą grupę wywołują zboczenia zastoinowe (*Stauungszustände*), przytrafiające się przy wadach zastawek, rozedmie płuc, skrzywieniach kręgosłupa, chronicznych naciekach płuc, wypocinach opłucnéj itp.

Trzecia, liczebnie najmniejsza grupa, powstaje z powodu powstrzymania wydzieliny, przy mechanicznych zaporach, jako to przy ścieśnieniach, przerostach prostaty, chorobach pęcherza, ucisku moczowodów itp.

Następstwa ch. Brighta. Udar mózgowy zdarzył się 82 razy czyli 10%. Ponieważ ch. Brighta w wielu przypadkach niepostrzeżenie przebiega, przytrafia się dość często, że takie udary u pozornie zdrowych ludzi występują, a cierpienie nerek dopiero po zbadaniu moczu lub przy sekcyi rozpoznaném bywa. W formie następowéj udary mózgowe występują rzadziéj, i tylko w powikłaniu z wadami zastawek lub *endarteritis*.

Encephalitis o wiele rzadziéj, 28 przypadków.

Meningitis tylko w 10 przypadkach.

Pneumonia jest jedną z najczęstszych chorób następowych (163 przypadków tj. 22%). O wiele częściéj, aniżeli w udarze, przytrafia się, że pozornie zdrowe osoby w późniejszym wieku zapadają na zap. płuc, które szybko i śmiertelnie przebiega, a dopiero sekcyja stwierdza chorobę Brighta. Rozpoznanie za życia jest tém trudniejsze, że mierną ilość białka i przybłonka nerkowego i przy zwykłém zap. płuc natrafiamy.

Pleuritis 57 razy tj. 7%
Peritonitis 22 razy tj. 2·7%
Dysenteria 109 razy tj. 13·5%
Hydrops ogólny 215 razy tj. 26%

(Dokończenie nastąpi.)

Rokitansky: O leczeniu suchot płucnych za pomocą wziewań będźwinianu sodowego.

Autor tłumaczy podanie „tymczasowego doniesienia“ swego asystenta Dra Kroczaka, (*Wiener med. Presse* Nr. 37) zamiarem zwrócenia uwagi lekarzy na ten środek, według jego zdania, nader skuteczny; przytacza zdanie Klebsa (w pamiętniku 50go zjazdu lek. i przyrod. niemieckich w Monachijum) o charakterze zakaźnym suchot płucnych i wspomina nareszcie o doświadczeniach Schüllera (*Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmakol.* 1879), z wziewaniami 5% roczczynu będźwinianu sodowego. Zastrzegając sobie na później ogłoszenie swych doświadczeń z tym środkiem w klinice insbruckiéj, autor objaśnia na teraz tylko sposób uskuteczniania tych wziewań, mający polegać na tém, że chory powinien otworzywszy usta szeroko uchwycić koniec języka obwinięty ręcznikiem itp.) i wyciągnąć go ile możności ku przodowi, oraz robić głębokie wdechy dopóty, aż nastąpi kaszel i wyrzucanie nagromadzonych plwocin, poczém powtarza się wziewanie, dopóki przy kaszlu żadnych plwocin już wyrzucać nie będzie. Wziewania te autor każe robić dwa razy dziennie, w ilości takiéj aby 1 grm. leku (w 5% roczczynie) przypadał na kilogram ciężaru ciała chorego; używa zaś do tego przyrządu Sieglego zmodyfikowanego w sposób odpowiedni, (bez cewy inhalacyjnéj, z rozszerzoném ujściem cewy pionowéj, którą wstawia w „połowę światła“ cewy pozioméj), zaleca przytém pilne wyprowadzanie chorych na świeże powietrze, dobrą wentylacyję, pożywną i obfitą dyjetę (mleko z domieszką wody wapiennéj, stósowne tłuszcze, wino itd.), a czasem faradyzowanie mięśni oddechowych. Wreszcie autor tłumaczy skuteczność swéj metody niszczeniem grużliczych prątków, rozrzedzaniem chorobliwych wydzielin dróg oddechowych, rozszerzaniem pęcherzyków płucnych i usuwaniem drażniących plwocin. (Szkoda tylko, że autor nie popiera swych rozumowań przytoczeniem odpowiednich faktów, lecz odkładając to na późniéj wznieca aż nadto usprawiedliwioną nieufność w fakty przez siebie głoszone. Z tém wszystkiém wartoby jednak za pomocą ścisłych doświadczeń wykazać, ile jest w tém prawdy: próby robione z tym środkiem w szpitalu powsz. lwowskim dały dotychczas o ile mi wiadomo wyniki nie zbyt zachęcające. *Przyp. Sprawozdawcy*). (*Wiener med. Presse*, 1879, Nr. 42). *Dr. Kozłowski* (we Lwowie).

Schnitzler: O wartości wziewań będźwinianu sodowego przeciw suchotom płucnym.

Autor zajmował się przez dłuższy czas leczeniem za pomocą wziewań płynów rozpylonych, a od kilku miesięcy używał w tym celu u swych chorych bez skutku będźwinianu sodowego; wspomina on, że komisyja wybrana już około r. 1856 w Paryżu stwierdziła, że płyn rozpylony tylko przy nader korzystnych stosunkach może dostać się do tchawicy, a tylko wyjątkowo do oskrzeli grubszych. Takiż sam wynik poszukiwań otrzymał autor po licznych doświadczeniach i spostrzeżeniach w klinice Oppolzera i ogłosił je w r. 1862 (w „*Medizinalhalle*“), nie stosując tego prawidła do środków gazowych lub balsamiczno-eterycznych, lecz tylko do płynów

rozpylonych. Wyniki te autor stwierdził późniéj kilkunastoletniém doświadczeniem. W ostatnich czasach (po ogłoszeniu spostrzeżeń o będźwinianie sodowym) przekonał się on za pomocą wziewań rozczynu 1% garbnika a potém ½% chlorku żelaza, jakotéż 5% rozczynu będźwinianu sodowego z dodatkiem małéj ilości aniliny jeszcze raz, że tylko nader mała cząstka wziewanego płynu dostaje się do tchawicy, a cóż dopiero powiedzieć o oskrzelach. Tak „cudowne“ rzekome wyniki spostrzeżeń Rokitanskiego możnaby według Schnitzlera tłumaczyć chyba tém, że przy ogrzaniu rozczynu będźw. sodowego i bardzo głębokiém wdychiwaniu część gazów przytém wywiązanych, nasyconych kwasem będźwinowym, może się dostać do oskrzeli i działać korzystnie na nieżyt oskrzelowy, co jednak o wiele łatwiéj i skuteczniéj osiągnąć można dodawszy do ogrzanéj wody kilka kropli nalewki będźwinowéj (*tinctura benzoës*). Już Laënnec zalecał wziewanie pary balsamicznéj w nieżytach płucnych, również Waldenburg i inni używali czasem nie bez skutku wziewania nalewki będźwinowéj, co téż Schnitzler zaleca jako względnie korzystniejsze niż bedźw. sodowego, którego radzi używać raczéj wewnętrznie, gdyż w ten sposób większa część jego może się dostać do przewodów oddechowych, jeżeli zaś chcemy używać metody przeciwprątkowéj, to korzystniéj według autora posługiwać się możemy wziewaniami i wstrzykiwaniami podskórnemi rozczynu kwasu karbolowego, o czém autor już dawno w *Wien. med. Presse* Nr. 32 z r. 1876 wspomniał. (*Wien. med. Presse* Nr. 42, 1879).

Dr. Kozłowski (we Lwowie).

S. Perkowski (w Warszawie): **Rak prawéj szczęki górnéj, resekcyja téjże dla całkowitego wydalenia nowotworu. Następcze operacyje plastyczne twarzy, wyzdrowienie.**

Przed 4ma laty wycięto żołnierzowi 36-letniemu z prawego policzka nowotwór wielkości 5ciu kopiejek miedzianych, a ubytek zastąpiono płatem wziętym z czoła. Jeszcze przed upływem roku czuł pacyjent pod płatem rodzaj stwardnienia, które coraz bardziéj się rozrastało, aż z końcem maja 1879 r. przedstawiało się jako guz zajmujący szczękę górną, wywypychający gałkę oczną do góry i nieco ku przodowi, podniebienie twarde wypuklający ku dołowi, w tył sięgający aż do ucha a naprzód sterczący w wielkości dwóch pięści mezkich. W górnéj wewnętrznéj połowie czuć chełbotanie. Gruczoły limfatyczne nie zajęte; żadnych przypadków mózgowych, otwieranie szczęk utrudnione, lecz łykanie prawidłowe. P. wykonał resekcyję szczęki górnéj za pomocą cięcia w skórze półkolisto od korzenia nosa wzdłuż skrzydła nosowego, obok kąta ust po nad łuk jarzmowy przebiegającego. Narkozę podtrzymywano tylko podczas wykrawywania płatów skórnych. Resztki nowotworu pozostałe na wyrostkach skrzydłatych i w głębi jamy nosowéj usunięto za pomocą termokautera; płaty zespojone katgutem groziły zgorzelą, która jednak ograniczyła się do małéj cząstki na powiece dolnéj, wypełnionéj następczą operacyją plastyczną (płat ze skroni). Nim się wygoił pacyjent z téj drugiéj operacyi, już spostrzeżono recydywę pod okiem, co wywołało konieczność trzeciéj operacyi, zniszczenie guza rakowatego recydywującego aż na skroni za pomocą łyżek ostrych i termokautera; wyzdrowienie prędko nastąpiło. (*Gazeta Lek.* XXVII. Nr. 16 i 17). *A. O.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne XVI. z dnia 5go listopada 1879 roku.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 20 i gość Dr. Koralkiewicz z nad Donu.

1) Przewodniczący wzywa kol. prof. Oettingera, aby przedstawił wnioski tyczące się zorganizowania Komisyi sprawozdawczéj do roczników Virchowa i Hirscha, w myśl uchwały tow. lek. krak. z d. 15 października rb.

Kol. prof. Blumenstok, jako sprawozdawca podkomisyi, przedstawia następujące wnioski uchwalone przez podkomisyję na zebraniu w dniu 2 bm.:

1. Towarzystwo lek. krakowskie mianuje na rok przyszły Komisyję, w skład któréj wchodzą koledzy: Blumenstok, Domański, Grabowski, Janikowski, Kadyj, Korczyński, Kwaśnicki, Machek, Mars, Obaliński, Oettinger, Pacula, Pisek, Ponikło, Ściborowski i Smoleński.

2. Towarzystwo mianuje kol. Oettingera przewodniczącym a kol. Smoleńskiego sekretarzem Komisyi.

3. Prezydyjum towarzystwa lek. dostarczy sekretarzowi Komisyi *a)* czasopism, mianowicie: Medycyny, Gazety Lekarskiéj, Pamiętnika Tow. lek. warszawskiego, Pamiętnika, rozpraw i sprawozdań oddz. III Akad., rocznika Komisyi fizyjograficznéj i antropologicznéj, Pamiętnika nauk ścisłych w Paryżu, sprawozdania Rady zdrowotnéj krajowéj itd. *b)* broszur i odbitek. Prezydyjum uda się do redakcyi Medycyny i Gazety Lekarskiéj o przysłanie drugiego egzemplarza czasopism gratis, a w razie odmowy zaprenumeruje drugi egzemplarz.

4. Towarzystwo zrzeka się honoraryjum (czystego dochodu) za sprawozdania na rzecz Komisyi.

5. Komisyja zobowiąże sekretarza swego do wygotowania spisu artykułów 1go działu do końca listopada br.

6. Komisyja odbywać będzie częstsze aniżeli dotąd posiedzenia, na których członkowie nawzajem informować się będą o sposobie robienia referatów.

7. Kol. Korczyński przyjmuje na siebie kontrolowanie, aby nie robiono referatu z prac ogłoszonych równocześnie i po niemiecku, nadto dostarczy referatów z prac swoich.

8. W podobny sposób Komisyja uważa za nader pożądaną rzecz, aby każdy autor sam dostarczył referatów z prac swoich; w tym celu Tow. lek. zawezwie wszystkich autorów, aby do końca roku bieżącego nadesłali referaty swoje na ręce sekretarza.

W dyskusyi nad wnioskami temi zabierali głos:

Kol. Obaliński, który obawia się, czy towarzystwo lek. zrzekając się honoraryjum za sprawozdania nie narazi się na znaczniejsze wydatki, mając dostarczyć i prenumerować dla podkomisyi żądane czasopisma. Kol. Zarewicz proponuje zmianę ostatniego ustępu a mianowicie, aby nie zobowiązywano wszystkich autorów z góry do robienia referatów z prac swoich; kol. Smoleński zaś uważa za potrzebne, aby Komisyja sprawozdawcza miała prawo zmieniania w referatach tego, coby za stósowne uważała. Kol. Zarewicz sprzeciwia się temu i sądzi, że pod żadnym pozorem Komisyja nie powinna zmieniać treści nadesłanego referatu. Kol. Oettinger proponuje, aby termin nadsyłania referatów z swych własnych prac przedłużyć dla autorów do końca roku, przytém odpiera zarzuty kol. prof. Korczyńskiego na przeszłém posiedzeniu wniesione, jakoby referaty polskie były gorszemi od podobnych referatów przez niemieckich autorów podawanych: że zarzut ten jest nieusprawiedliwionym, przekonał się prof. Oettinger z porównywania licznych referatów. Kol. prof. Blumenstok, jako sprawozdawca, broni ustępu ostatniego, twierdząc że mu chodziło o słuszną bardzo zasadę, a mianowicie że referat z pewnéj pracy przez samego autora zrobiony musi być lepszym i dokładniejszym, niż tenże referat przez kogo innego zrobiony.

Po głosowaniu nad ostatnim ustępem wniosku projekt podkomisyi w całości został przyjęty.

2) Przewodniczący jako sprawozdawca Komisyi wybranéj w celu opracowania warunków, pod jakiemi zlanie się naszego towarzystwa z towarzystwem lekarzy galicyjskich ma na-

stąpić, zawiadamia, że na posiedzeniu tejże Komisyi postanowiono przedłożyć towarzystwu dwa wnioski, a mianowicie: wniosek mniejszości, aby towarzystwo nasze zapłaciło towarzystwu lekarzy galicyjskich do kasy wsparcia wdów i sierót po lekarzach po 10 złr. tj. całą taksę wstępną, tudzież rocznie po 1 złr. za każdego członka zwyczajnego towarzystwa, tj. taką samą kwotę, jaką do kasy wsparcia wdów i sierót opłacają członkowie towarzystwa lekarzy galicyjskich. Wniosek zaś większości opiewa, aby towarzystwo lek. krak. zapłaciło za każdego członka po 5 złr. taksy wstępnéj i po 1 złr. rocznie.

Nad wnioskami temi wszczęła się bardzo ożywiona dyskusyja, i tak kol. Grabowski broniąc wniosku mniejszości i wyłuszczywszy na podstawie statutu towarzystwa lekarzy galicyjskich źródła, z jakich powstaje fundusz wsparcia wdów i sierót po lekarzach, słusznie twierdził, że jeżeli mamy korzystać z wszystkich praw przysługujących członkom towarzystwa lekarzy gal. te same musimy przyjąć warunki co i oni. Na zapytanie kol. Oettingera jakiego rodzaju ma być to zlanie się obu towarzystw, odpowiada przewodniczący kol. Ściborowski, że złączenie się ma nastąpić co do najważniejszych punktów tj. kasy wsparcia i wspólnego organu towarzystw. Kol. prof. Rydel popiera wniosek kol. Grabowskiego i mniejszości, sądząc że towarzystwo lekarzy galic. nie zechce przyjąć przyznania nam tych samych praw, jakich używają członkowie tow. lek. gal. za połowę taksy, a nawet nie wypada naszemu towarzystwu targować się; z drugiéj zaś strony zastanawia się nad tém, czy towarzystwo nasze płacąc po 10 złr. taksy wstępnéj za każdego członka i po 1 złr. rocznie do kasy wsparcia wdów i sierót, nie narazi się na znaczne nadwerężenie funduszów: wprawdzie dziś wydawnictwo Przeglądu Lekarskiego nie źle stoi, mogą jednak przyjść lata gorsze a wtedy przy braku funduszów nie będzie go można wesprzeć.

Kol. Grabowski wyjaśniając finansowe kwestyje towarzystwa lek. krak. i Przeglądu, zaspokaja kol. prof. Rydla, iż w obec tego, że fundusz żelazny towarzystwa wynosi około 2000 złr. a fundusz wydawnictwa Przeglądu także do 2000 złr., i na przyszły rok już zrzeknie się subwencyi rocznéj w kwocie 150 złr., która przejdzie na cele towarzystwa; zatém istnienie towarzystwa naszego jak i Przeglądu zabezpieczoném jest dostatecznie na przyszłość. Kol. prof. Blumenstok popiera wniosek większości na téj podstawie, że gdy różne Komisyje naszego towarzystwa dużo potrzebują, to więc tak wielkich wkładek do kasy wsparcia ofiarować nie może; towarzystwo nasze jednakże może popierać fundusz wymieniony w inny sposób np. urządzaniem co rocznie balu, koncertu, odczytów itp.

Kol. Obaliński sądzi, że na zlaniu się obu towarzystw zyskałby dużo Przegląd Lekarski, gdyby oba towarzystwa miały jeden organ wspólny, przybyłoby nam z pewnością ze 100 prenumeratorów; nie należy więc robić kroków połowiczych, lecz w całości się złączyć, a zastrzedz sobie pewną autonomiję w obec towarzystwa lekarzy galicyjskich, przedewszystkiém zaś pod względem rozporządzania funduszami Przeglądu Lekarskiego.

Kol. prof. Rydel stawia w końcu dyskusyi wniosek, aby towarzystwo lek. krak. zapłaciło za swych członków zwyczajnych po 10 złr. taksy wstępnéj i po 1 złr. rocznie pod warunkiem, aby Przegląd Lekarski był wspólnym organem obu towarzystw, a towarzystwo lekarzy galicyjskich może zobowiąże się płacić Przeglądowi Lekarskiemu 150 złr. rocznéj subwencyi. Wniosek ten popiera kol. Warschauer, zaś kol. Grabowski proponuje, aby teraz wybrać nową Komisyję, któraby jeszcze raz zastanowiła się nad tą sprawą, a zarazem wzięła pod uwagę także sprawę Przeglądu i Dwutygodnika. Po zamknięciu dyskusyi poddaje przewodniczący wniosek kol. Grabowskiego pod głosowanie z tą zmianą, aby Komisyję dawniejszą poprzeć przez przybranie dwóch nowych członków tj. prof. Rydla i Dra Zarewicza.

Wniosek ten przyjęto.

3) Kol. Pieniążek składa do biblioteki towarzystwa dzieło swoje pt. Laryngoskopija oraz choroby krtani i tchawicy. Kraków 1879.

4) Przyjęto na członka czynnego towarzystwa Dra Kazimierza Bosowskiego a przedstawiono na członków Dra Bogdanika w Krakowie i Dra Józefa Durę w Krzeszowicach.

5) Kol. prof. Rydel stawia wniosek następujący: Ponieważ rok rocznie wydarzają się na klinice okulistycznéj krak. przypadki wpadnięcia do oka odłamków kapsli i innych materyjałów wybuchowych, pociągających niekiedy za sobą bardzo niebezpieczne następstwa, towarzystwo lek. krak. uda się do Namiestnictwa z prośbą, aby przypomniało lub obostrzyło odpowiednie paragrafy ustawy co do sprzedaży tychże materyjałów. Kol. prof. Blumenstok popiera ten wniosek, proponując rozciągnąć obostrzenie to także na sprzedawanie trucizn, których obecnie łatwo nabyć można. Wniosek przyjęto.

6) Kol. Smoleński odczytał sprawozdanie z przypadków rozedmy płuc leczonych w klinice krakowskiéj w ostatnich 4 latach.

W dyskusyi zabierali głos kol. Wilkosz i Warschauer.

7) Kol. Skobel opisał przypadek z kliniki chorób skórnych prof. Rosnera, w którym przy stósowaniu zewnętrznem kwasu pyrogalusowego w formie maści (1:10) w łuszczycy, wystąpiły silne objawy zatrucia tymże kwasem. (Będzie umieszczony w Przeglądzie Lek.)

Kol. Zarewicz zapytuje prelegenta, czy w obec tego, że na jego oddziale pomimo iż kwas ten tak często i w wyższym stosunku bywa stósowany, nigdy objawy zatrucia nie wystąpiły, nie było w podanym przypadku jakich przyczyn szczególnych, lub czy może położyć to wypada na karb idiosynkrazyi? Podobnego zdania był także kol. Buszek.

Kol. Obaliński twierdzi, że wdzięczni powinniśmy być każdemu, kto ujemne strony jakiego leku podaje, albowiem przy używaniu tegoż z większą będziemy postępowac ostrożnością. Licznie ogłaszane przypadki zatrucia kwasem karbolowym były przyczyną, że dziś środka tego w daleko słabszych używamy rozczynach.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Wasylewski.*

V. Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**,

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45.)

Co to znaczy, że nerw, a względnie ośrodki nerwowe, są w stanie letargicznym lub kateleptycznym, tego niewiemy, jak niewiemy, czém jest owe zjawisko przemieszczenia.

Dopiero w przyszłości fizyka ruchu atomowego i drobinowego taka, jaką w tych czasach Crooks zaznaczył, zastosowana w poszukiwaniach neurofizyjologicznych, da jakieś w tym względzie wyjaśnienie; dziś bylibyśmy zadowoleni sprawozdaniem faktów, że stany hypnotyczne należą do rzędu przypadłości nerwowych, występujących napadami, czy to dobrowolnemi, czy też mogące być jak inne napady nerwowe wywołanemi przez lekarza w celach dyjagnostycznych, terapeutycznych lub ściśle naukowych.

Przez swoje studyja w Salpêtrière nad stanami o których mowa, doszedł Charcot, jak sam powiada, do sposobu leczenia skurczeń hysterycznych za pomocą magnesu i usuwania skurczeń przemieszczonych, jakie przy tém leczeniu po drugiéj stronie ciała powstają, za pomocą faradyzacyi, jak świadczy przypadek z ową zakonnicą, którą tym sposobem uleczono.

Nikt zapewne nie poczyta mi tego za złe, że z ciekawością pospieszyłem do Salpêtrière na oddział Charcota, dokąd mię sam łaskawie zaprosił dnia poprzedniego, gdy mu się przedstawiałem w „école“.

Było to d. 10 czerwca br. we wtorek rano, o godz. 9téj, gdy wszedłem na dziedzińce Salpêtrière, znane mi już z dawniejszych odwiedzin. W infirmeryi dowiedziałem się, że prof. Charcota jeszcze niema, czekałem więc przeszło godzinę, chodząc po ulicach tego zakładu olbrzymiego, oglądając ludzi i budynki, rozmawiając z lekarzami przechodzącymi.

Salpêtrière ma swoją historyję ciekawą, która się łączy z dziejami innych szpitali i zakładów miasta Paryża;

wszelako odsyłam ciekawych po szczegóły historyczne tego przytuliska do dzieła p. A. Hussona: *„Etude sur les hôpitaux“. Paris* 1862; albo do: *„Paris Guide“ par les principaux écrivains et artists de la France. Paris*, 1867. T. II, str. 1922, 1935 etc. Tu namienię tylko, że w r. 1822 Salpêtrière była już widownią scen „magnetyzmu zwierzęcego“, przedstawianych przez Rostana i Georgeta na pannie Petronille i na wdowie Brouillard, zwanéj także Braquette. Co bardziéj podnieść należy, że z końcem zeszłego stulecia istniało w Paryżu „Towarzystwo magnetyzmu“, złożone ze 100 członków, którzy Mesmerowi złożyli 10·000 luidorów za odkrycie jego sztuki. (Haeser: *„Geschichte der Medizin“*, T. I, str. 819 i notatka 3.)

Nareszcie przyjechał Charcot i wszedłem z nim do kancelaryi jego oddziału, gdzie na ścianach porozwieszane małe obrazki napadów hysteroepileptycznych przygotowują niejako przybysza ciekawego na to, co będzie widział w przyległéj sali zwanéj tu „pracownią doświadczeń“ *(laboratoire d'experimentations)*. Jest to dosyć duża sala, w któréj pod ścianami stoją szafy z aparatami potrzebnemi do doświadczeń; na ścianach wiszą obrazy p. Richera, przedstawiające w wielkości naturalnéj okres wielkich poruszeń i wykręcań w napadzie hysteroepileptycznym; przez środek stoi długi stół albo raczéj długa komoda, na któréj leżą przyrządy właśnie potrzebne do doświadczeń. Jeden z elewów przedłożył nowe narzędzie Mareya do mierzenia rytmu i chyżości skurczeń mięśniowych podczas napadów hysteroepileptycznych.

1) Z polecenia prof. Charcota wprowadzono do sali dziewczynę około 20 lat liczącą, budowy ciała prawidłowéj ale wątłéj, wyrazu twarzy przyjemnego i inteligentnego, miernie odżywioną, o twarzy i ustach bladych. Cierpi hysteroepilepsyję i nieczulicę połowiczą prawą: igła tapicerska przebita przez fałd skóry pomiędzy palcami ręki prawéj nie wywołuje żadnych odruchów a po jéj wyciągnięciu nie ma ani kropli krwi; chora cierpi też barwoślep na oku prawém, przedłożonych krążków papierowych różnokolorowych nie odróżnia według barw z wyjątkiem krążka czerwonego. Na palcu pierścieniowym ręki prawéj ma naparstek srebrny, pod którym i około którego skóra jest czułą na każde zadrażnienie. Charcot zbliżył pomiędzy oczy téj choréj palec wskazujący pionowo wyprostowany, w który ona utkwiła swój wzrok i prawie bezpośrednio zapadła w stan hypnotyczny tak nazwany letargowy. Nieczulica rozciągnęła się także na drugą połowę ciała zdrową, powieki górne obu óczu zapadły, twarz choréj jeszcze więcéj zbladła i zespokojniała; chora stała jednak na swoich nogach lekko niekiedy podtrzymywana w pasie. Teraz nastąpiły doświadczenia ze skurczeniami przemijającemi różnych mięśni, tak np. dotykanie przy uchu pnia nerwu twarzowego po stronie prawéj wywoływało drgawki kąta ust prawego równocześnie z dotykaniem. Po uderzeniu połączoném z równoczesnym uciskiem jajnika lewego, a raczéj jamy biodrowéj lewéj, chora natychmiast otwiera oczy i twarz jéj przybiera napowrót swój wyraz uprzejmy. Charcot utkwił swój wzrok w oczy téj choréj, poczém zapadła nie jak poprzednio w stan hypnotyczny, lecz tym razem w tak nazwany kataleptyczny, w którym skurczenia mięśniowe są trwałe tężcowe; i tak po potarciu zlekka (przez sukienkę) mięśnia dwugłowego ramienia, natychmiast takowy kurczy się i w tém skurczeniu pozostaje dopóty, dopóki jego antagonisty nie pobudzono do działania również przez lekkie potarcie. Z tego stanu obudził chorą Charcot również za pomocą nacisku na jamę biodrową lewą. Do skroni prawéj choréj obudzonéj przystawił Charcot magnes duży postaci podkowy w odległości 1 cm., poczém barwoślep oka prawego ustąpił i przeniósł się na oko lewe, którém chora nieodróżniała barw oprócz czerwonéj. Ten sam magnes przystawiony do ramienia prawego wywołał przemieszczenie czucia, to jest nieczulica połowicza prawa znikła, a wystąpiła po stronie ciała lewéj. Zakłucie lekkie po stronie prawéj wywołuje odruchy i daje kroplę krwi, podczas gdy strona przeciwna nie czułą jest na zakłucie silne i nie daje kropli krwi.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **W sprawie duru w Krynicy.** Dn. 10 bm. c. k. Namiestnictwo rozesłało pod L. 47216 następującéj treści Okólnik do wszystkich pp. c. k. Starostów:

Ponieważ w ubiegłym roku w niektórych zakładach kąpielowych pojawiły się choroby zaraźliwe, które z powodu braku odpowiedniego dozoru sanitarnego zostały nawet do innych miejscowości przeniesione; ponieważ tak zarządy kąpielowe jak i lekarze kąpielowi nietylko nieuwiadamiali c. k. Starostwa o wybuchu tychże chorób, lecz takowe taili, a co gorsza odpowiednich środków zaradczych nie zarządzali, przeto zechciéj Pan c. k. Starosta zawiadomić zarządy kąpiel w powiecie tamtejszym się znajdujących, iż podobnie jak przełożeni gminy są obowiązani o każdém pojawieniu się chorób zaraźliwych Starostwu bezzwłocznie donosić, oraz zarządzisz Pan, by w czasie kąpielowym zarządy przedkładały peryjodyczne sprawozdania zdrowotne na wzór poleconych tutejszém rozporządzeniem z 28 stycznia r. 1878, L. 4688. W zastępstwie

Lwów dnia 24 września 1879. *Zaleski.*

Rozporządzenie, do którego Okólnik powyższy się odwołuje, opiewa jak następuje:

C. k. Namiestnictwo 4688. Okólnik do wszystkich PP. c. k. Starostów i W. Prezydentów miast Lwowa i Krakowa.

Ponieważ przełożeni gmin częstokroć dopiero wtenczas donoszą o pojawieniu się w miejscowości chorób nagminnych, gdy te przybrały już groźny charakter i znaczne rozmiary, przeto poleca się panu, byś w czasie pojawienia się w obwodzie c. k. Starostwa chorób nagminnych, a to przeważnie: błonicy (dyfteryi), czerwonki (dysenteryi), płonicy (szkarlatyny), odry i tyfusu, lub panowania takowéj w jednym ze sąsiednich Starostw zawezwał w myśl §. 4. li. *g.* ustawy z 30 kwietnia 1870 (D. u. p. l. 68) przełożonych gmin do peryjodycznego przedkładania sprawozdań zdrowotnych, które według załączonego wzoru w gminach wiejskich co 14, w miejskich co 10 dni Starostwu mają być nadsyłane. Również przypomni Pan przełożonym gmin, iż mają o każdym pierwszym przypadku ospy lub cholery natychmiast Starostwu donieść. W razie skonstatowania epidemii uwiadomisz Pan o tem sąsiednie Starostwa natenczas, jeżeli zarażona miejscowość graniczy z niemi lub epidemija przybrała charakter złośliwy lub większe rozmiary.

Lwów dnia 28 stycznia 1878. W zastępstwie
Karasiński.

W okólniku powyższym wprawdzie dur w Krynicy nie jest wyraźnie wymieniony, ale mimo to zapewnić możemy, że okólnik odnosi się głównie, jeżeli nie wyłącznie, do Krynicy. Już same daty są wymowne. W Nrze 36 Przeglądu Lek. z d. 6 września donieśliśmy po raz pierwszy o durze w Krynicy; w Nrze 38 z d. 20 września umieściliśmy urzędowe sprostowanie c. k. Komisyi zdrojowéj, wedle którego wiadomość nasza „jest niezgodna z prawdą i publikowaną, jak się zdaje, tendencyjnie na szkodę zakładu zdrojowego w Krynicy,“ ponieważ tego lata tylko 4 były sporadyczne przypadki tyfusu, a już na 3 tygodnie przed wydrukowaniem artykułu o rzekoméj epidemii tyfusu w Krynicy już zarządzono, co należało; we 4 dni po ogłoszeniu tego urzędowego sprostowania, bo d. 24 września, okólnik c. k. Namiestnictwa, podpisany przez JWgo Wiceprezydenta, konstatuje pojawienie chorób zaraźliwych, zawleczenie takowych do innych miejscowości z powodu braku odpowiedniego dozoru, zatajenie

tychże chorób przez zarządy kąpielowe, a co gorsza niezarządzanie odpowiednich środków zaradczych. Tym sposobem doniesienie nasze okazało się najprawdziwszém w świecie; jednego dowodu dostarczyliśmy sami przez ogłoszenie cyfr wymownych; drugiego, urzędowego, dostarcza obecnie c. k. Namiestnictwo. Dziwnego zapewne wrażenia doznać musi każdy, jeżeli porównywa urzędowe sprostowanie c. k. Komisyi zdrojowéj w Krynicy, podpisane przez c. k. Starostę, z urzędowym okólnikiem c. k. Namiestnictwa. Krytyka zdaje nam się być zbyteczną, zwłaszcza gdy c. k. Komisyja zdrojowa uwagi nasze, poczynione nad sprostowaniem, a oparte na cyfrach, pozostawiła bez odpowiedzi a nawet nie raczyła nas dotąd objaśnić, czy istnieje w Galicyi ów c. k. Radca Namiestnictwa, który miał mieć udział w rewizyi domów, a którego nikt w kraju nie zna. Ogłoszeniem powyższego okólnika zakończamy sprawę, która z woli c. k. Komisyi zdrojowéj w Krynicy nabrała niepotrzebnego rozgłosu, w przekonaniu, że zarząd kąpielowy na przyszłość zastósuje się do napomnienia c. k. Namiestnictwa; dla nas sprawa ta nie ma już żadnego znaczenia, skoro prawdziwość naszego doniesienia w sposób tak niezwykły udowodnioną została. Powrócimy do niéj tylko o tyle jeszcze, o ile nam jako organowi Tow. lek. krak. wypadnie zdać sprawę z uchwał Komisyi balneologicznéj, która wyznaczyła osobną podkomisyję, mającą się zastanowić nad durem krynickim.

Choroby nagminne w Galicyi w ciągu października 1879.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem września	przybyło	z tych: wyzdrowiało	z tych: umarło	z tych: pozostało w leczeniu: chorych	z tych: pozostało w leczeniu: w gminach
Ospa	—	—	—	—	—	—	—	—
Odra	18	24859	117	1087	741	76	387	13
Płonica	19	40117	104	353	262	67	128	11
Błonica	73	97175	131	1062	482	515	196	52
Dur brzusz.	13	13786	55	158	141	16	56	5
Dur osutkow.	6	4236	28	28	42	2	7	2
Krztusiec	41	58933	1080	1:60	1323	143	874	21
Czerwonka	52	49615	312	975	856	135	296	20

Dr. Merunowicz.

* Według ogłoszenia pruskiego ministerstwa spraw duchowych, lekarskich i wychowania z d. 23 października rb. preparator przy zakładzie zootomiczno-anatomicznym uniw. berlińskiego p. Wickersheimer obmyślił postępowanie do zachowania trupów i roślin, którego stósowanie każdemu jest dozwoloném, odkąd wynalazca zrzekł się nadanego mu patentu. Wickersheimer podaje, że w płynie jego trupy zachowują barwę, postać i gibkość, że po latach jeszcze na trupach tak zachowanych można odbyć naukowe lub sądowolekarskie sekcyje, o zgniliznie i woni przykréj wcale nie ma mowy, mięśnie na przekroju przedstawiają się tak jak świeże, preparata anatomiczne są miękkiemi i giętkiemi, tak że płuca, jelita itd. nawet nadymać się dają. Płyn, posiadający tak wielkie zalety, sporządza się w następujący sposób: W 3000 grm. wody wrzącéj rozpuszcza się 100 grm. hałunu, 25 grm. soli kuchennéj, 12 grm. saletry, 60 grm. potażu i 10 grm. kwasu arsenawego. Po ostudzeniu i przesączeniu do 10 litrów płynu tego bezbarwnego i bezwonnego dodaje się 4 litry gliceryny i 1 litr metylalkoholu. Konserwowanie w tym płynie przedmiotów w rozmaity odbywa się sposób. Tak np. preparata, które chcemy przechować sucho, w miarę wielkości swéj maczają się w płynie przez dni 6—12, poczém się wyjmują i suszą na powietrzu. Do przechowania trupów przez czas dłuższy wystarcza nastrzykanie takowych płynem (przyczém spotrzebowuje się np. 1½ litra dla dziecka 2-letniego, 5 litrów dla dorosłego). Celem balsamowania trupa wstrzykuje się naprzód, potém umieszcza się go przez kilka dni w płynie, następnie obciera się i suszy, zawija w płótno namaczane w płynie tym a wreszcie umieszcza w szczelnie zamkniętéj trumnie. Tak więc postępowanie stósuje się w miarę potrzeby szczegółowéj, płyn atoli pozostaje zawsze jeden i ten sam. (*Berl. klin. Woch.* 1879, Nr. 44).

Statystyka epidemij. Ospa nie zmieniła się w Londynie. Leczy się w szpitalach 44, świeżo zapadło 7, umarło 1. Za to częstsze bywają przypadki śmierci w miastach państwa rakusko-węgierskiego. W Wiedniu umarło 3, w Budapeszcie 4, w Pradze 6, w Petersburgu 12, w Paryżu, w Bukareszcie po 9, w Bazylei i Odessie po 1 przypadku śmierci. Z duru powrotnego umarło w Londynie 4, w Petersburgu 1. Epidemija odry zwolniała nieco w Kopenhadze, a płonicy w Bukareszcie. Do 18 października zapadło na żółtą febrę w Memfis 59, umarło 31. W Krakowie umarło w 45 tygodniu 13 osób z ospy nieszczepionych (z Wielopola L. 82, z ul. Długiéj L. 3 i 82, z ul. Rakowieckiéj L. 116, z ul. Sławkowskiéj, z ul. Różanéj L. 417, z ul. Brackiéj L. 147, z Podgórza, 5 ze szpitala św. Ludwika). Doniesiono w tymże czasie o 8 przypadkach ospy (z ul. Sławkowskiéj, z ul. Brackiéj L. 147, z ul. Łobzowskiéj L. 100, z Podgórza, z ul. Wolskiéj L. 72, z ul. Garncarskiéj L. 153 i z ul. Kopernika); 4 ospianki (z Placu św. Ducha L. 406, z Rynku L. 39, z ul, Floryjańskiéj L. 327 i z ul. Kanonnéj L. 120); 3 duru brzusznego (z Rynku L. 46, z ul. Wąskiéj L. 295, z ul. św. Wawrzyńca L. 324).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 44 umarło w Krakowie na rok i 1000 mieszkańców 43,3; we Lwowie 25,3; w Warszawie 21,2; w Poznaniu 25,0; w Wiedniu 24,8; w Budapeszcie 30,8; w Pradze 34,7; w Tryjeście 37,8; w Berlinie 22,2; w Monachijum 42,3; w Wrocławiu 25,0; w Hamburgu 24,7; w Dreznie 19,3; w Lipsku 21,1; w Bazylei 24,8; w Brukseli 15,4; w Paryżu 22,6; w Londynie 21,6; w Kopenhadze 30,3; w Stokholmie 25,0; w Chrystyjanii 15,2; w Petersburgu 32,5; w Odesie 30,1; w Bukareszcie 41,9; w Aleksandryi 39,7; w Nowym Yorku 23,6; w Madrasie 39,6; w Bombayu 53,6.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 13 listopada. W dn. 29 paźdz. odbył się w stowarzyszeniu przyrodniczo-lekarskiém w Insbruku wykład prof. P. Rokitańskiego o leczeniu suchót płucnych. Wykładający bronił się przeciw zarzutowi, jakoby ogłosił środek cudowny, i dowodził, że więcéj niż będźwinian sodowy znaczą w leczeniu suchót i gimnastyka płuc, dobre powietrze i pożywna dyjeta. (Rzecz zapewne nie nowa!) Stowarzyszenie obrało komitet mający kontrolować odnośne przypadki i wyniki leczenia prof. Rokitańskiego, a następnie zdać sprawę ze swych spostrzeżeń.

* Prof. Hebra, którego stan zdrowia pogorszył się, udał się do wydziału z prośbą o uwolnienie go w półroczu zimowém od wykładów i poruczenie zastępstwa prof. Kaposiemu.

* Cesarzowa Jmość odwidziła temi dniami klinikę chirurgiczną prof. Kovacsa w Budapeszcie i przez całą godzinę oglądała z zajęciem nowe urządzenie téj kliniki.

* W Nrze 45 *All. W. med. Ztg.* znajduje się artykulik Dra Leopolda Glücka z Krakowa, traktujący o lekarzu naszym Wojciechu Oczku. O ile nam wiadomo, Dr. Klink w Warszawie wygotował obszerną rozprawę o tym lekarzu, jednak nie wiemy, czy i gdzie wydrukowaną została.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Józef Lenhossek w Budapeszcie przy sposobności 25-letniego jubileuszu zawodu nauczycielskiego otrzymał order korony żelaznéj 1széj klasy.

* **Nekrologija.** W Berlinie umarł rosyjski radca stanu Dr. Maks. Heine, licząc lat 67. Zmarły był najmłodszym bratem poety Henryka Heinego i przez dłuższy czas był redaktorem tygodnika lekarskiego w języku niemieckim wychodzącego w Petersburgu.

W Paryżu umarł Dr. Amadeusz Deville po długich cierpieniach, ofiara zamachu stanu napoleońskiego. D. był prosektorem i docentem chirurgii, i właśnie w d. 13 grudnia 1851 miał rozpocząć wykłady, gdy aresztowany został, jako syn deputowanego radykalnego, bez sądu wysłany do Kajenny zawdzięczał tylko silnéj burzy, która okręt zatrzymała w Breście, że przyjaciele jego wyrobili w Paryżu zmianę deportacyi na wygnanie. Osiadłszy w Londynie pracował w szpitalu Guya i napisał kilka pięknych rozpraw chirurgicznych. Gdy jednak, zdaje się za wdaniem się policyi francuskiéj, zamknięto przed nim i wrota szpitala tego, D. rozpoczął praktykę chirurgiczną i to z takiém powodzeniem, że w krótkim czasie piękny majątek ulokował w banku londyńskim. Mimo to popadł w urojenie, że ciągle jest prześladowany przez policyję, aż w r. 1861 popadł w obłąkanie nieuleczne; wtedy pozwolono mu powrócić do Francyi, a oddany

przez rodziców do zakładu w Jvry, tamże żył przez lat przeszło 17, aż go śmierć wyzwoliła. (*Progrès méd.*).

W Anglii umarł Dr. Tomasz Richardson Colledge w 83 roku życia; uczeń Astleya Coopera praktykował on przez długi czas w Kantonie w Chinach i założył tamże szpital dla chorych na oczy, zowiący się „Colledge Ophthalmic Hospital“ oraz towarzystwo lekarskie w Chinach, którego prezesem był przez 40 lat przeszło. — Na Oceanie atlantyckim w drodze z N. Yorku do Anglii umarł z niemocy Brighta Dr. Jerzy Wilhelm Callender licząc lat 49, chirurg w szpitalu św. Bartłomieja w Londynie, następca Sir Jakóba Pageta; wykładał on w tymże szpitalu chirurgiję i anatomiję, był prezesem towarzystwa chirurgicznego i napisał kilka cennych rozpraw.

Dziś umarł w Krakowie po długiéj chorobie Dr. Marceli Dobrowolski, członek Tow. lek. naszego, lekarz zdrojowy w Krynicy, licząc lat 51.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 45: Dobrzyckiego: Spostrzeżenia ze szpitala św. Józefa w Mieni. [1]. Przypadek złośliwego nowotworu kości udowéj; Kośmińskiego: Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyję, akkomodacyję i ostrość widzenia (c. d.).

Piśmiennictwo lekarskie. Manifestation en l'honneur de M. le professeur Th. Schwann, Liege 23 Juni 1878. Liber memorialis publié par la Commission organisatrice. Dusseldorf, imprimerie de L. Schwann 1879 8vo.

Księgę tę ozdobnie wydaną a nie mającą stronnic liczbowanych otrzymał tutejszy Wydział lek. w zamian za przesłane przed rokiem przeszło powinszowanie profesorowi Schwannowi z powodu obchodu spędzonego z chwałą na katedrze 40-lecia.

Zawiera ona dokładny opis téj uroczystości naukowéj od chwili pierwszego do niéj pomysłu aż do jéj ostatecznego wykonania i odsłonienia w sali akademickiéj uniwersytetu leodyjskiego popiersia jubilata wyrzeźbionego z marmuru.

Pomiędzy przemowami, które już z przeznaczenia swego nie mogły być pozbawione treści naukowéj, celuje równie obszernością jak jasnym wykładem najnowszego rozwoju nauk bijograficznych, do którego przeważnie przyczyniły się odkrycia Schwanna, głos jego niegdyś ucznia a teraz kolegi prof. van Benedena.

Obok tytułu jest starannie wykonana rycina jubilata, a w końcu dołączone są wszystkie przesłane oznaki uznania, w tym samym języku, w jakim były przesłane i w tłumaczeniu francuskiém. Liczba ich jest bardzo znaczna, mianowicie dyplomów 14; piśmiennych odezw i powinszowań: z Niemiec 35, z państwa rakuskiego 12, z Anglii 9, z Włoch 7, z Rosyi 7, z Holandyi 6, ze Skandynawii 9, z Hiszpanii i Portugalii 5, ze Szwajcaryi 3, z Francyi 3, ze Stanów Zjednoczonych Ameryki 1.

Obok pism francuskich, włoskich, hiszpańskich, angielskich, niemieckich, holenderskich, szwedzkich, duńskich jest tylko jedyna odezwa naszego Wydziału lek. ułożona w języku polskim, z oryginalnym przekładem francuskim, odbita dość poprawnie. Z innych słowiańskich języków napotyka się tylko rosyjski w dwóch objawach pochodzących z Kazania jako powinszowanie i dyplom. *O.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 17 listopada posiedzenie zwyczajne, na którém po załatwieniu czynności administracyjnych koledzy Zarewicz i Ponikło odczytają rozprawy, które zapowiedziane na przeszłe posiedzenie, z powodu innych zajęć nie cierpiących zwłoki, nie zostały odczytane.

Towarzystwo lekarskie krakowskie od lat kilku za pośrednictwem osobnéj Komisyi podaje sprawozdania z prac lekarzy polskich do Roczników Virchowa i Hirscha w Berlinie wydawanych. Ponieważ otrzymanie prac nowo wydanych nie zawsze jest łatwém, i z tego powodu wiele rozpraw może być pominiętemi, upraszamy Autorów prac lekarskich w języku polskim w ciągu r. 1879 drukiem ogłoszonych, życzących sobie aby o nich wiadomość była podaną, o nadesłanie tychże przed końcem roku bieżącego, pod adresem Redakcyi Przeglądu Lekarskiego. (Ul. Grodzka, Nr. 73.)

Kraków d. 11 listopada 1879.

Prezes — Sekretarz stały
Dr. Sciborowski. — *Dr. Pareński.*

Upraszamy Redakcyje czasopism polskich o powtórzenie téj odezwy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 478. **KONKURS.**

Na mocy uchwały wysokiego Wydziału krajowego z dnia 31 października 1879 do l. 42734 i w myśl §. 13 statutu rozpisuje się konkurs na opróżnić się mające z 1 stycznia 1880 r. cztery posady sekundaryjuszów i jednę posadę asystenta lekarskiego przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie.

Posady sekundaryjuszów i asystenta lekarskiego, nadane będą tylko na lat dwa takim kompetentom, którzy się wykażą dyplomem Dra medycyny lub dyplomem Dra wszech nauk lekarskich, uzyskanym na jednéj z wszechnic Państwa Austryjackiego.

Do posady sekundaryjusza przywiązaną jest płaca o rocznych 600 złr. w. a. z dodaniem opalonego mieszkania w szpitalu, zaś do posady asystenta lekarskiego płaca o rocznych 500 złr. w. a. bez wszelkich innych dodatków.

Ubiegający się o posady powyższe w podaniach swych winni oraz wykazać:

1. wiek, stan i miejsce urodzenia,
2. dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych,
3. stosunki pokrewieństwa lub powinowactwa z osobami w służbie krajowéj zostającemi.

Podania należy wnosić najdaléj do 12go grudnia 1879 do Dyrekcyi szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj Władzy przełożonéj, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznéj.

We Lwowie dnia 10go listopada 1879.
Dyrektor szpitala powszechnego **Głowacki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $4\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Kraków, 22 listopada 1879. № 47. Rok XVIII.

I. Kilka słów o leczeniu przeciwgorączkowém suchot płucnych.

Podał Dr. **Alfred Sokołowski**,
Lekarz przy zakładzie leczniczym dla chorób piersiowych w Goerbersdorfie na Szląsku.

Rzadko w któréj chorobie nasilenia gorączkowe zwykły przebiegać z taką nieregularnością, jak w suchotach płucnych, a to nietylko pod względem czasu trwania, ale i nasileń gorączki. Bywają dnie, nieraz tygodnie całe, gdzie suchotnik przedtém mocno gorączkujący nagle przedstawia zupełnie normalną lub prawie normalną temperaturę; przeciwnie znowu nieraz suchotnik niegorączkujący nagle w ciągu dni kilku przedstawia wysokie nasilenie gorączkowe, powracając wkrótce do normalnéj temperatury. Nieraz u suchotnika, od niejakiego czasu stale gorączkującego, wahania ciepłoty gorączkowéj w ciągu jednego dnia przedstawiają również nieprawidłowe skoki do tego stopnia, że czasem każdy dzień przedstawia o innéj godzinie najwyższe nasilenie. O prawdziwości wyżéj przytoczonego zdania z łatwością przekonać się możemy, mierząc u suchotników temperaturę wielokrotnie dziennie (najmniéj 4 razy), tym tylko bowiem sposobem jesteśmy w stanie mieć pojęcie o obecności i o typie gorączki w danym przypadku; mierzenie dwukrotne, jak to zwykle ma miejsce z rana i wieczorem, nie może dać nigdy dokładnych wyników, przeciwnie możemy nawet w niektórych przypadkach przyjść do zupełnie falszywego wniosku; zdarza się bowiem dosyć często, że nasilenia gorączkowe poczynają się dopiero około 10téj rano, dochodzą około drugiéj z południa do *maximum*, następnie ciepłota spada powoli dochodząc nieraz koło wieczora do *minimum*; w takich przypadkach mierząc ciepłotę rano i wieczór możemy obecność gorączki zupełnie przeoczyć, témbardziéj jeśli i wizyty lekarskie o stałych godzinach rano i wieczorem się odbywały.

Zważywszy na wyżéj wzmiankowany charakter przebiegu gorączki u suchotników, a szczególniéj na tę okoliczność, że gorączka bez powodu nieraz ustępuje lub zmniejsza się znacznie na czas jakiś, pomimo że w stanie miejscowym żadnych ważniejszych zmian nie jesteśmy w stanie wykryć, w i n n i ś m y z w i e l k ą o s t r o ż n o ś c i ą o c e n i a ć w p ł y w l e k ó w n a z m n i e j s z e n i e t e j ż e g o r ą c z k i w p ł y w a ć m a j ą c y c h, i w ogóle dopiero wówczas poczynać swe leczenie, jeśli przez pewien dłuższy czas obserwowaliśmy stan gorączkowy ciepłoty.

Jeszcze w roku 1875 w pracy mojéj pt. „O leczeniu przeciwgorączkowém suchotników“, zamieszczonéj w czasopiśmie lekarskiém *Medycyna* (jeśli się nie mylę, z pracy téj był zamieszczony wyciąg w Przeglądzie Lekarskim), zestawiłem cały szereg moich spostrzeżeń klinicznych nad działaniem różnych środków zachwalanych przez różnych autorów w leczeniu gorączki u suchotników. Ze środków tych poddałem bliszszemu badaniu następujące: 1) o k ł a d y l o d o w e, 2) w y s k o k, 3) k w a s s a l i c y l o w y, 4) c h i n i n, 5) k w a s k a r b o l o w y, 6) w e r a t r y n. Wynik owéj pracy da się streścić w tych słowach: że ż a d e n z p r z y t o c z o n y c h ś r o d k ó w n i e d z i a ł a z a w s z e i c i ą g l e j a k o p e w n y ś r o d e k p r z e c i w g o r ą c z k o w y, że s t o s u n k o w o n a j l e p s z e j e s z c z e w y n i k i d a j ą l o d o w e o k ł a d y i a l k o h o l, że o w e ś r o d k i a s z c z e g ó l n i é j k w a s s a l i c y l o w y, c h o c i a ż n i e r a z r ó w n i e ż d z i a ł a j ą a n t i p y r e t y c z n i e, a l e z a t o w y w o ł u j ą i n n e p o b o c z n e s z k o d l i w e d l a c h o r e g o o b j a w y, j a k o t o w y m i o t y, u t r a t ę ł a k n i e n i a itp.

W ciągu kilku lat następnych coraz bardziéj przychodziłem do tego wniosku, że leczenie gorączki u suchotników środkami farmakologicznemi, nietylko że nie przynosi żadnego chorym pożytku, ale przeciwnie nieraz szkodzi upośledzając apetyt, a tém samém odbierając nam jeden z najpotężniejszych czynników przy leczeniu suchot płucnych, tj. możność dobrego odżywiania chorego. W ogóle ostatniemi czasy gorączkującym suchotnikom zalecano tylko obok świeżego powietrza i odpowiedniéj odżywczéj dyjety, dużo alkoholu pod postacią wina, oraz lodowe okłady, jeśli ciepłota dosięgała wyższych stopni (39·0°). I przy tego rodzaju leczeniu w wie-

lu bardzo przypadkach gorączka ustępowała powoli, chorzy doznawali polepszenia pod względem stanu miejscowego i ogólnego, przychodząc nieraz do zdrowia, a w wielu razach przynajmniéj daleko już posunięta sprawa suchotnicza zatrzymywała się. Jeśli zresztą w niektórych przypadkach zmuszony byłem ze względu na chorego przepisać jakiś środek apteczny, to ograniczałem się zazwyczaj do podawania takiego, który żadnego pobocznego szkodliwego wpływu nie zwykł wywierać, jakoto: małych bardzo dawek chininu, wstrzykiwania słabych roztworów kwasu karbolowego itp.

Sądzę, że nie będzie zbyteczném, jeśli podam tabliczki przedstawiające temperaturę, okazujące jak mało na gorączkę w pewnym przypadku wpłynęły ostatniemi czasy trzy bardzo zachwalane środki lekarskie, jakoto chinin w sporych dawkach, duże dawki podskórne kwasu karbolowego, oraz przez autorów francuskich wielce zachwalana *Solutio arsenicalis Fowleri*.

U pana L., lat 20 mającego, powstało od kilku miesięcy zapalenie chroniczne płuc natury serowatéj w obu szczytach płucnych. Po przybyciu do zakładu znaleźliśmy wyraźne objawy zgęszczeń nieznacznych w obu szczytach płucnych, z prawdopodobnym poczynającym się rozpadem (stępienie, oddech słabo oskrzelowy, rzężenia dźwięczne), obok tego stan ogólny przedstawiał się dosyć lichym. Gorączka z początku występowała głównie wieczorami, późniéj przyjęła więcéj stały i dłużéj trwający charakter. Mierząc takową kilkakrotnie dziennie przekonaliśmy się, że ostatniemi czasy zazwyczaj gorączka występowała dopiero koło południa (około 39°), przedstawiając około drugiéj z południa *maximum*, daléj spadała powoli do wieczora, utrzymując się jednakże na średniéj wysokości do godziny 8éj wieczorem. Dnia 5go lutego przebieg temperatury był mniéj więcéj jak i dni zeszłych przedstawiający się w następujący sposób:

	godz. 2 z połud.	6	8 wieczór		
Dnia	38,9	38,8	38,5		
6/2	38,5	38,5	38,5	0,5	*Chinini sulphurici*
7/2	38,5	38,5	38,4	0,5	„
8/2	39,0	38,4	38,2	1,0	„
9/2	38,2	38,6	38,6	0,7	„
10/2	39,0	38,7	38,8	0,7	„
11/2	38,4	39,3	39,0	0,7	„
12/2	38,4	39,3	39,0	0,7	„
13/2	39,0	38,9	38,6	0,7	„

Pacyjent nasz więc wyżył w ciągu dni ośmiu pięć i pół grm. chininu bez najmniejszego wpływu na zmniejszenie gorączki, jakto powyższa tabliczka dobitnie wykazuje. Obok tego począwszy już od dnia trzeciego pacyjent, który dotychczas posiadał doskonały apetyt, powoli zaczął go tracić, tak dalece, że w końcu niechciał prawie nic przyjmować; obok tego wystąpiły silne zawroty głowy i mdłości, co naturalnie zmusiło nas do porzucenia owego leczenia. Ponieważ jednak chory zrozpaczony swoim stanem domagał się niemal koniecznie środków aptecznych, więc po jednodniowéj pauzie rozpoczęliśmy stósowanie owego wielce przez Schnitzlera zachwalanego środka, tj. podskórne wstrzykiwanie kwasu karbolowego. Braliśmy w tym celu 1% roztwór wstrzykując stopniowo od 0,1 aż do 0,4 dziennie.

			godz. 2	6	8
15/2	0,1	*Ac. carbolici*	38,2	39,5	38,9
16/2	0,3	„	38,1	38,8	38,5
17/2	0,4	„	38,5	38,6	38,5
18/2	0,4	„	38,7	38,9	38,6
24/2	0,4	„	39,0	39,0	38,7
25/2	0,4	„	39,0	38,9	38,8.

Leczenie to przedłużaliśmy aż do 3/3, w którym to dniu mieliśmy ciepłotę o godz. 2éj 38,8, o 6éj 39,0, o 8éj 39,0.

To okazuje, że w ciągu metodycznego użycia przeszło przez dwa tygodnie owego środka nie mieliśmy rezultatu żadnego, przeciwnie zaczęły występować bole głowy, utrata apetytu, który po porzuceniu chininu powrócił, te objawy zatém zmusiły nas do zaniechania również i owego środka. Od marca zaczęliśmy pacyjentowi podawać *Solutio Fowleri* postępując od jednéj do dziesięciu kropel dziennie.

4/3	38,9	39,3	39,0
5/3	38,8	38,8	39,3
6/3	37,8	38,5	39,2
7/3	39,0	39,6	39,8
8/3	38,9	39,7	39,9 itd.

Środek ten przez kilka tygodni stósowany dawał rezultat również zupełnie ujemny, miał przynajmniéj to za sobą, że nie psuł trawienia i w ogóle nie wywierał żadnego szkodliwego wpływu pobocznego.

Co się tyczy stanu ogólnego i miejscowego, to takowy w ciągu podawania owych trzech wyżéj wzmiankowanych środków nieuległ również najmniejszéj poprawie, przeciwnie choroba powoli postępowała naprzód, sprowadziwszy w ciągu kilku miesięcy następnych zupełne zniszczenie płuc, zakończone w końcu maja zgonem.

Dwa lata temu prof. Klebs wychodząc z zasady, że suchoty płucne nie są niczém inném, jak chorobą zakaźną wywołaną przez obecność mikkroków, a gorączka hektyczna gorączką natury infekcyjnéj, proponował nam w czasie swojéj chwilowéj bytności w Goerbersdorfie użycie przeciw takowéj b ę d ź w i n i a n u s o d o w e g o, w stosunku 1 pro mille wagi ciała, wychodząc z zasady, że środek ów ma znakomicie wpływać na powstrzymanie rozwoju prątków. Nie miejsce tu bynajmniéj zastanawiać się, o ile teoryja ta anatoma patologicznego jest usprawiedliwiona faktami, które klinika suchot płucnych nam przedstawia, dodam tylko, że postanowiliśmy, aby uniknąć zarzutu jednostronności, i ten środek zastósować u suchotników gorączkujących, stosując się do przepisu Klebsa nawet i pod tym względem, że sam preparat sprowadziliśmy z Erfurtu. Środek ów stósowaliśmy w ciągu przeszło dwóch miesięcy u znacznéj liczby suchotników, lecz niestety ani w jednym przypadku n i e m o g l i ś m y d o p a t r z y ć s i ę c h o ć b y n a j m n i e j s z e g o w p ł y w u n a z m n i e j s z e n i e g o r ą c z k i, l u b p o p r a w y s t a n u m i e j s c o w e g o l u b o g ó l n e g o; p r z e c i w n i e ś r o d e k ó w w y w o ł a ł w w i ę k s z é j l i c z b i e p r z y p a d k ó w n i e p r z y j e m n e o b j a w y p o b o c z n e, j a k o t o w y m i o t y, u t r a t ę a p e t y t u, s i l n e r z n i ę c i e w b r z u c h u, r o z w o l n i e n i e itp. Pamiętam dokładnie przypadek dotyczący silnie zbudowanego suchotnika, z dobrym stosunkowo stanem ogólnym, u którego z powodu trwającéj od kilku tygodni upartéj gorączki hektycznéj zaleciłem będźwinian sodowy stopniowo powiększając dozę aż do 60,0 grm. dziennie (pacyjent ważył przeszło 60 kilogramów). Otóż leczenie owo pomimo obrzydliwego smaku lekarstwa pacyjent z podziwienia godną wytrwałością wytrzymał przeszło dwa tygodnie, przyjmując ogromne ilości wstrętnego płynu. Gorączka pozostała w zupełności w tym samym stopniu natężenia jak przedtém, stan miejscowy wcale się nie poprawił, stan ogólny natomiast pogorszył się znacznie w skutek wymiotów, mdłości a następnie utraty łaknienia, będącéj następstwem owego zachwa-

lonego środka. Pacyjent wreszcie stanowczo zaprotestował (i słusznie) przeciw dalszemu przyjmowaniu leku, a kilka tygodni potrzeba było na to, aby zaburzenia trawienia ustąpiły w zupełności. Tym sposobem i ów środek po kilkumiesięcznéj bezużytecznéj próbie porzuciliśmy w zupełności, a w obec zupełnie ujemnych wyników nie uważałem nawet za stosowne głosić wyników tego leczenia.

Jak to zapewne niemal wszystkim kolegom wiadomo, w początku września rb. w *Wiener med. Presse* ogłosił Dr. Kroczak, asystent prof. Rokitanskiego w Insbruku, niemal cudowne wyniki z inhalacyj *Natri benzoici* u suchotników. Środek ów miał być nie tylko znakomitym lekiem przeciwgorączkowym, lecz jednocześnie miał do tego stopnia wpływać zbawiennie na proces chorobowy, że nawet wielkie jamy płucne (do 5go żebra!) po kilku tygodniach zupełnie znikały, a pacyjenci przedtém przedstawiający obraz daleko posuniętych suchot, w zupełnie dobrym stanie jako zdrowi opuszczali klinikę. Nie tu miejsce zastanawiać się bliżéj krytycznie nad owemi przypadkami, aż zanadto bowiem ostatniemi czasy najróżnorodniejsze pisma lekarskie i nielekarskie nad tém się rozpisywały, wspomnę tylko, że z góry opierając się na mojém doświadczeniu co do wewnętrznego użycia będźwinianu sodowego, powątpiewałem o skuteczności tego środka, wierząc że nawet do dziś jest spornym punktem w nauce, czy przy inhalacyi dostają się części płynów wziewanych do pęcherzyków płucnych. Byłbym zresztą czekał wyników innych lekarzy, gdyby nie ta okoliczność, że wieść o nowym środku lekarskim drogą prasy, lotem błyskawicy niemal, rozeszła się po całéj Europie rozbudzając w suchotnikach nawet najbardziéj chorych nadzieję zupełnego wyzdrowienia. To téż i chorzy, będący w tutejszym zakładzie, zarzucali nas codziennie pytaniami, wycinkami z gazet, a nawet rodziny niektórych chorych żądały wprost zastósowania u swych krewnych owego cudownego środka, tém bardziéj, że u wielu z nich będących w ostatnim okresie choroby nie robiliśmy najmniejszéj nadziei, nie tylko co do wyleczenia, lecz nawet co do poprawy. A więc zmuszeni niemal opiniją publiczną rozpoczęliśmy w tutejszym zakładzie owo leczenie u kilkunastu naraz pacyjentów, znajdujących się w różnych okresach suchot, po większéj części wybierając mniéj więcéj podobne przypadki do ogłoszonych przez Dra Kroczaka. Aby czytelnikowi dać możność zupełnie bezstronnego sądu opiszę tu bliżéj dwa następujące:

Przypadek I. Panna H. lat 28, cierpi od kilku lat na przewlekłe serowate zapalenie obu szczytów płucnych, w sierpniu rb. nastąpił obfity krwotok płucny, poczém nastąpiła dość silna gorączka w połączeniu z upadkiem sil. Z początkiem września przybyła do tutejszego zakładu, badanie fizyczne wykazało obecność zniszczenia tkanki płucnéj w obu szczytach płucnych, osłabienie znaczne, stan gorączkowy przedstawiał się w znaczném nasileniu, ciepł. do 39° przeszło dochodząca, przyczém w ciągu kilku tygodni pomimo dobrych warunków higieniczno-dyjetetycznych, obok stósowania lodowych okładów, stan pacyjentki się nie poprawiał, postanowiliśmy więc zastósować inhalacyję będźwinijanu sodowego. Trzy dni przedtém dokładnie mierzona temperatura dała następujący obraz:

Data godz.	10 rano	12	2	4	6	8 wieczór
3/10	37,0	37,3	38,4	39,3	39,3	39,1
4	37,1	37,4	38,4	39,2	40,0	39,2
5	37,2	38,0	38,3	39,1	40,0	39,1

od 6go rozpoczęliśmy inhalacyje poczynając od 20,0 grm. dziennie, stopniowo powiększając dozę tak, że w dni kilka doszliśmy do 45,0, tj. przeszło jeden pro mille wagi ciała pacyjentki. W ciągu dwunastu dni metodycznych ze wszelką ścisłością pod kontrolą lekarską odbywanych inhalacyj przebieg gorączki był następujący:

6/10	38,0	39,0	39,2	39,4	39,3	39,3	
7	37,1	38,3	39,1	40,0	40,0	39,4	
8	37,2	38,3	40,0	40,0	40,2	40,0	
9	38,0	39,3	40,1	39,3	39,2	40,0	
10	38,0	38,1	39,0	40,0	40,2	10,1	
11	37,4	39,0	39,0	40,2	40,1	40,1	(45 grm.)
12	37,4	38,4	39,1	39,4	40,2	40,1	
13	37,4	39,2	39,4	40,1	40,3	40,0	
14	37,4	38,6	38,1	40,0	40,3	40,0	
15	38,1	39,3	39,2	39,4	40,3	40,1	
16	38,2	38,2	39,0	40,0	40,2	40,1	
17	38,2	39,1	39,4	39,4	40,1	40,2	

A więc w ciągu dni 12 inhalacyje nie wywołały najmniejszego wpływu na stan gorączki, nadto w skutek forsownych inhalacyj pacyjentka niezmiernie czuła się osłabioną, wkrotce do tego zaczęły występować wymioty i utrata znaczna łaknienia, jednem słowem nie widząc z użycia środka nie tylko poprawy lecz pogorszenie, zaniechaliśmy go, poczém apetyt szybko powrócił, mdłości nie występowały więcéj, stan pozostał ten sam, gorączka bez inhalacyj przedstawia daléj te same nasilenia jak to przekonać może bieg temperatury z dnia

24/10	37,[illegible]	39,1	39,1	39,2	40,1	39,1
„ 25/10	38,0	38,4	38,2	40,0	40,2	40,0

Przypadek II. P. K. 20 lat mający. Stan ogólny wcale dobry, pacyjent jest w stanie kilka godzin dobrze chodzić, odżywianie niezłe, trawienie i apetyt dobry, kaszel nieznaczny. Badanie fizyczne wykazuje obecność średniéj wielkości jamy w lewym szczycie płucnym. Od kilku tygodni mamy do czynienia z gorączką o nieznaczném natężeniu. I w tym przypadku przedstawiającym daleko lepsze widoki, aniżeli pierwszy, postanowiliśmy zastósować inahalacyje od 23 września. Trzy dni przedtém dokładnie badana temperatura dawała następujący obraz wahania:

	Dzień godz.	8 rano	12	2	4	6	8 wieczór
	20/9	38,5	38,5	38,7	68,4	38,6	38,5
	21	38,3	38,4	38,5	38,3	37,8	37,8
	22	38,6	38,8	38,6	38,5	38,5	38,5
23 rozpoczęto od 0,20 grm. będźw. sod. postęp. stopniowo aż do 45,0 grm.	23	38,2	38,9	38,8	38,8	38,7	38,8
	24	33,3	39,2	39,0	38,8	38,7	38,5
	25	38,2	39,0	39,0	38,8	39,1	39,2
	26	38,1	39,2	39,3	39,4	39,2	39,2
	27	3[illegible],0	39,3	39,2	39,0	39,0	39,1
	28	38,0	38,8	39,1	38,8	38,7	38,5
	29	37,8	38,7	38,8	38,7	38,8	38,8
	30	38,1	39,0	38,9	38,7	38,6	38,5
	1/10	37,8	38,5	38,6	38,5	38,5	38,7
	1	37,7	38,6	39,0	39,2	38,7	38,8

Wyżéj przytoczone tablice wskazują, że inhalacyje nie wywarły najmniejszego wpływu na gorączkę, przeciwnie nawet chociaż nieznacznie, jednak temperatura była wyższą, a w stanie ogólnym zmiany nie było żadnéj. Ponieważ pacyjent znosił inhalacyje dobrze, przedłużaliśmy takowe daléj aż do 24 września (około 5 tygodni). Przebieg dalszy ciepłoty był mniéj więcéj takiż sam jak powyżéj i tak:

19/10	37,5	39,2	39,0	38,7	38,6	38,7
20	37,5	39,2	39,0	38,6	38,5	38,5
21	37,6	38,9	39,0	39,0	38,6	38,5

22 37,6 39,0 38,9 38,5 38,5 38,7
23 37,5 38,9 39,1 39,1 38,7 38,5

Od 24 inhalacyje zaniechaliśmy, gdyż 1) nie widzieliśmy najmniejszego wpływu ani na stan ogólny ani miejscowy pacyjenta, 2) ostatniemi czasy zaczął się zmniejszać apetyt, 3) nie chcąc dalej pacyjenta narażać na bezpotrzebny dość znaczny wydatek dzienny na owo lekarstwo. Zresztą po zaniechaniu inhalacyj stan pozostał ten sam, a przebieg gorączki w dniu 28/10 był następujący: 38,8 38,9 39,0 38,5 38,6 38,5.

Te dwa przypadki obszerniéj opisawszy, o pozostałych kilku innych uczynię tylko pokrótce wzmiankę: Wszystkie one dotyczyły suchotników mniéj lub więcéj gorączkujących, ze zmniejszonemi lub znacznemi zmianami tkanki płucnéj, w żadnym jednakże inhalacyje nie wywarły najmniejszego wpływu dodatniego na przebieg gorączki, na poprawę stanu miejscowego lub ogólnego, przeciwnie w niektórych przypadkach mieliśmy do czynienia z nieprzyjemnemi następstwami pobocznemi, jako to: 1) u większéj liczby pacyjentów po dłuższym przeciągu czasu występowało upośledzenie apetytu; jest to mojém zdaniem najważniejszy zarzut, jaki temu środkowi uczynić można, 2) u dwóch pacyjentów powstawały uparte wymioty przy nieco dłuższéj inhalacyi, 3) zazwyczaj u nieco słabszych pacyjentów po tego rodzaju forsownych inhalacyjach niezwykłe osłabienie, które w jednym przypadku sprowadziło zapad, który dopiero za pomocą dawek wina usuniętym został.

Zbierając wszystko wyżéj powiedziane sądzę, że użycie wewnętrzne jakoteż inhalacyje będźwinianu sodowego podług dotychczasowych spostrzeżeń przy leczeniu suchot płucnych nie tylko nie wpływają korzystnie na przebieg cierpienia, lecz przeciwnie w niektórych razach wywołują wcale niepożądane działanie poboczne.

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.

Choroby narządu oddechowego.

1. Zapalenie płuc dławcowe.

Opracował Dr. St. Smoleński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46.)

W jakim stosunku pozostaje zatór tętnicy płucnéj do dławcowego zapalenia płuc? Czy objawy ze strony narządu oddechowego (kłucie w boku prawym, kaszel z plwociną krwawą), jakie pojawiły się na 10 dni przed śmiercią, były następstwem powstałego naówczas zaczopowania tętnicy płucnéj skrzepem przeniesionym z żyły biodrowéj i czy zapalenie dławcowe płuca prawego było bezpośredniém następstwem tegoż zatoru, lub też zapalenie płuca rozwinęło się zupełnie samodzielnie a zatór tętnicy płucnéj był tylko przypadkowém powikłaniem choroby pierwotnéj?

Według obecnego stanowiska nauki zator tak znacznego stopnia pociąga za sobą zgorzel płuca, lub wśród korzystnych warunków zawał krwawy znacznych rozmiarów, nie zaś zapalenie dławcowe. Zresztą pomijając przypadki zapalenia płuc urazowego, postrzeganego przez lekarzy sądowych, których patogenezę wielu klinicystów przyjmuje z niedowierzaniem, podług powszechnego dziś zapatrywania zapalenie płuc dławcowe należy do chorób zakaźnych ogólnych, którego (podobnie jak duru itp.) żadnym bodźcem mechanicznym wywołać nie jesteśmy w stanie; lecz dla którego powstania niezbędnym jest pewien swoisty bodziec zakaźny. Wprawdzie Lebert *(Klinik der Brustkrankheiten 801.)* przytacza jedno z swoich doświadczeń, w którém wsunąwszy do żyły szyjnéj psa kawałek czystego skrzepu krwi, znalazł po 92 godzinach zatór tętnicy płucnéj prawéj i typowe zapalenie włóknikowe płuca prawego, w okresie zwątrobienia częścią szarego częścią czerwonego, jestto wszakże spostrzeżenie odosobnione; w wszelkich innych tego rodzaju doświadczeniach pozostawały zawały krwawe *(infarctus)* lub też odczynowe zapalenie nieżytowe, stósownie do tego, czy zaczopowanym był główny pień tętnicy płucnéj, czy też jaka z mniejszych jéj gałęzi. Być może, że kiedyś dojdziemy do tego, że rozróżniać będziemy zapalenia płuc, będące chorobą swoistą ogólną od zapaleń, mających znaczenie ściśle miejscowe, jednakże dotychczasowe spostrzeżenia nie uprawniają nas do rozróżniania tych form w danym przypadku.

Na téj podstawie nie możemy w naszym przypadku przypuścić na pewne związku przyczynowego między zatorem tętnicy płucnéj a zapaleniem włóknikowém płuca prawego, lecz dwa te procesy rychléj uważać musimy za współrzędne. U mężczyzny źle odżywionego z zakrzepem żyły podkolanowéj (darcie nóg na 4 miesiące przed śmiercią z następową opuchliną zwłaszcza odnogi dolnéj lewéj) rozwinęło się zapalenie płuca prawego, a w przebiegu téj choroby, sprzyjającéj przez osłabienie czynności serca powstawaniu takiegoż zakrzepu w żyle biodrowéj lewéj, oderwał się kawałek skrzepu, uniesiony prądem krwi żyły głównéj dolnéj i zaczopował gałąź tętnicy płucnéj. Zatór tętnicy płucnéj mógł powstać na krótki czas przed śmiercią, gdyż zbitość i kruchość czopka włóknikowego w tętnicy płucnéj nie tyle przemawia za dawném jego w tém miejscu powstaniem, ile za przeniesieniem z żyły biodrowéj lewéj, w któréj takiż stary skrzep się znajdował. Istniejące już zapalenie płuca, znaczne osłabienie serca, umiejscowienie zakrzepu, umożebniły powstanie zatoru *(embolia)*, a z drugiéj strony zatór wpłynął niekorzystnie na przebieg zapalenia płuca, przeszkodził rozdzieleniu się nacieku zapalnego i przyspieszył zejście śmiertelne.

Z dalszych przypadków, które zakończyły się śmiercią, jeden przytoczyłem już w streszczeniu mówiąc o wpływie nadużywania napojów wyskokowych, trzy zaś ostatnie, jako również nie przedstawiające nic szczególnego, podaję pokrótce.

J. B. blacharz, lat 33. Dotąd zawsze zdrów. Dn. 4/4 1875 jednorazowy silny dreszcz. Dn. 6/4 przybył do kliniki, rozpoznano zapalenie dławcowe całego płuca prawego i górnéj części płuca lewego. Ciepłota dochodziła wieczorami do 40·6°, tętno uderzało około 120 razy na minutę, zwolnienie ranne ciepłoty 39·3°, raz nawet (3go dnia choroby) 38·8°; ilość oddechów 76. Duszność wielka, kaszel męczący, mierna biegunka, osłabienie znaczne. Wkrótce przyłączyły się majaczenia i gwałtowne zrywania. 6go dnia choroby sinica, tęt. 130, objawy porażenia serca, o godz. 11éj rano śmierć. Rozpoznanie anatomiczne: *Pneumonia crouposa totius pulm. dextri et partis infer. lobi superioris pulm. sinistri, in stadio hepatisationis griseae. Hyperaemia meningum et cerebri. Steatosis acuta cordis, hepatis, renum.*

F. P., lat 68, wdowa bez zajęcia; od lat wielu cierpi na duszność. 17/2 1874 początek choroby obecnéj, 20/2 przybyła do kliniki. Rozpoznano zapalenie płuca prawego u kobiety z rozedmą płuc, miażdżycę tętnic, obrzmienie wątroby i śledziony. Gorączka wahała się między

38·6 a 39·5°, tęt. 120, odd. 30. Podczas obserwacyi klinicznéj naciek szerzył się od dołu ku górze w płucu prawém, w lewém zaś objawy nieżytu stawały się coraz liczniejsze; w moczu mierna ilość białka; nareszcie objawy obrzęku płuc. 24/2 śmierć. Rozpoznanie anatomiczne: *Pneumonia suppurativa lobi infer. pulm. dextri, oedema pulm. sin., dilatatio cordis dextri, processus atheromatosus arcus aortae; steatosis hepatis et renum, tumor lienis malaricus.*

Nareszcie F. K., lat 62, wdowa po nauczycielu gimnazyjalnym. Początek choroby 28/2 1876, do kliniki przybyła dopiero 12go dnia choroby. Rozpoznano: *Pneumonia crouposa sin. asthenica, emphysema, icterus levioris gradus, tumor lienis.* Przebieg ciężki, ciepłota 38·4 do 39·6°, tęt. 120—136 (niestosunek częstości tętna do nasilenia gorączki). Śród objawów coraz większéj niedomogi serca, rozwolnienia, puchliny odnóg dolnych, nastąpiła śmierć dn. 14.4. Rozpoznanie anatomiczne: *Pneumonia crouposa totius pulm. sin. in stadio hepatisationis griseae, steatosis cordis, hepatis, renum.*

Leczenie: Ponieważ zachowanie się czynności serca i natężenie stanu gorączkowego rozstrzygają w przeważnéj części o pomyślnym lub niepomyślnym przebiegu zapalenia płuc, przeto w leczeniu na te dwa momenta zwracano stale główną uwagę. U osobników słabowitych z objawami upośledzonéj czynności serca podawano od początku przedewszystkiém środki podniecające i skrzepiające, wino, koniak, *liquor ammonii anis.* itp. i uciekano się do tych środków w przypadkach astenicznych, ilekroć tętno stawało się miękkie i małe. Z upodobaniem podawano w takich razach rozczyn koniaku (30—50 gm. na 200 gm. wody koprowéj z dodatkiem 20—30 gm. ulepku korzennego i 1—2 żółtek z jaja).

Ze środków obniżających gorączkę, o skuteczności kąpieli zimnych jako środka przeciwgorączkowego w zapaleniu płuc, nie mamy z powodu niekorzystnych w tym kierunku warunków miejscowych w klinice dostatecznego doświadczenia, zato jak najpochlebniéj wyrazić się musimy o okładach zimnych lub lodowych, a jeszcze bardziéj o zawijaniach w prześcieradła maczane w zimnéj wodzie. Ze środków aptecznych przedewszystkiém często podawano chinin w różnych przetworach. Siarkan chininu, podawany 1—3 gm. obniżał stale ciepłotę o 0·5—1—2° C., a czasem nawet sprowadzał na pewien czas zupełne bezgorączkowie, np.

J. P., lat 28. *Pleuropneumonia dextra.* Aż do 4go dnia choroby włącznie ciepłota wahała się między 39·4—40·1°, tęt. 92—104. Wiecz. 4go dnia podano 2·0 *chin. sulphur.*, w 5tym dniu rano ciepł. 37·6, tęt. 80, wiecz. 37·5, tęt. 72. Że spadek ten nie pochodził od dobrowolnego przesilenia się stanu gorączkowego, niezależnie od podanego chininu, świadczy ta okoliczność, że nazajutrz, tj. 6go dnia choroby, gdy nie podano już choremu środka przeciwgorączkowego, ciepł. ranna wynosiła 38·6°, tęt. 72, a wiecz. 38·7°, tęt. 72. Dopiero w nocy z 6go na 7my dzień choroby nastąpiło przesilenie się stanu gorączkowego, ciepłota spadła na 36·4°, tęt. 64, wiecz. 36·8°, tęt. 64. Odtąd stan bezgorączkowy.

W innym np. przypadku u W. Ostr., 28-letniego wieśniaka, z zapaleniem płuca prawego, gorączka wahała się, ze zwolnieniami rannemi, między 38·6 a 39·8°; w 6tym dniu choroby mimo podania 0·5 *chinini sulphur.* gorączka nie opadła. 7go dnia rano ciepł. 39·8°, tęt. 120, odd. 58, o godz. 3éj pop. 39·8; podano w ciągu godziny 4 gm. *chin. sulphur.*; o godz. 4½ ciepł. 38·8°. Noc chory przespał spokojnie. 8go dnia choroby rano ciepł. 36·8, tęt. 76, odd. 40, wiecz. 37·4°, tęt. 80, odd. 32. Działanie chininu trwało przeszło dobę, gdyż 9go dnia choroby rano ciepł. 38·4, tęt. 88, wiecz. 39·8, tęt. 100; z 9go na 10ty dzień choroby przesilenie się stanu gorączkowego.

Z równie pomyślnym skutkiem używano także i innych przetworów chinowych, jak dwusiarkanu, chlorku, bromku i salicylanu chininowego, podając jako najmniejsze dawki przeciwgorączkowe najmniéj 1·50—2·00 na dawkę. Co do salicylanu chininowego *(Chininum salicylicum)* nie uważano jednakże, by działał lepiéj aniżeli siarkan chininowy, jak to uwidocznia następujący przykład, gdzie 2—3 gm. salicylanu chininowego obniżały w ciągu dnia ciepłotę o 0·6—0·8° C.

Chory S. D., 2gi dzień choroby, wiecz. ciepl. 40·0°, tęt. 116. 3ci dzień choroby ciepł. rano 39·7, tęt. 112; o godz. 11éj 39·7, tęt. 124, podano 2·0 *chin. salicylici*: o godz. 5éj (chory skarży się na szum w uszach) ciepł. 39·1, tęt. 112. 4ty dzień choroby o godz. 10téj rano 40·7, tęt. 120; o godz. 11éj podano 3·0 *chin. salicylici*; o godz. 12éj 40·0, tęt. 112; o 4éj 39·7, tęt. 108; o 6éj 39·3, tęt. 96. 5ty dzień choroby o godz. 11éj rano ciepł. 40·2, tęt, 112, podano 3·0 *chin. salicyl.*; o 12éj 39·5, tęt. 120; o 1éj 39·1, tęt. 128; o 2éj 39·1, tęt. 124; o 5éj 39·0, tęt. 108.

W celu obniżania ciepłoty podawano także salicyn i kwas salicylowy. O działaniu pierwszego leku zda niebawem sprawę prof. Dr. Korczyński w osobnéj rozprawie, o drugim nie możemy powiedzieć nic szczególnego, jak tylko namienić, że do obniżenia ciepłoty potrzeba użyć dawek daleko większych aniżeli chininu. Naparstnicy używano dosyć często wśród szczegółowych wskazań.

Resztę wskazań leczniczych, jak ułatwianie wykrztuszania, uśmierzanie kaszlu, podniecanie wessanie nacieku, łagodzenie kłucia itp. wypełniano według zwykłych prawideł.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Bamberger (we Wiedniu): O chorobie Brighta i jéj stosunku do innych chorób.

Sprawozdanie Dra K. Żuławskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46.)

Choroby serca następowe. Tłuszczowe przeobrażenie mięśnia sercowego 97 razy, niekiedy w połączeniu z przeobrażeniem skrobiowém, czasem obok przerostu serca, rzadziéj w formach ostrych.

Pericarditis okazuje większą skłonność do powstawania w późniejszych okresach choroby (99 razy tj. 12%).

Endocarditis 31 razy.

Myocarditis jeszcze rzadziéj, bo tylko 5 razy.

Hypertrophia, dilatatio cordis. Powiększenie serca natrafia się w każdym okresie choroby Brighta, ale powiększenie to wzmaga się bezwzględnie z trwaniem choroby; prawa połowa serca sama dla siebie prawie nigdy, lewa zaś połowa bardzo często jest powiększoną. Obok przerostu lewego serca napotkać można równocześnie i powiększenie prawego serca, niemal w połowie przypadków. Przerost całego serca odśrodkowy najczęściéj się napotyka (wynosi 41%), nieco rzadziéj (bo 31%) zdarza się przerost serca lewego, odśrodkowy. Przerost zwykły całego serca jest rzadki, przerost zwykły lewéj komórki wynosi 19%. Rozstrzeń serca zwykła również rzadko występuje, zazwyczaj obok przeobrażenia tłuszczowego serca, lub zrostów osierdziowych lub téż przy ogólnym uwiądzie starczym.

Najtrudniejszém atoli do rozwiązania jest pytanie co do właściwéj przyczyny przerostu serca w chorobie Brighta. Już od przeszło 4 dziesiątków lat najwybitniejsi badacze najbystrzejsze teoryje podawali, z których atoli żadna nie uzyskała uznania ogólnego; rozchodzi się tu o dwie możliwości: albo przyczyna przerostu serca zależy od stosunków, które cierpienie nerek wywołują, albo téż tak przerost serca jako i cierpienie nerek zależą od wspólnego trzeciego czynnika. Bamberger przechodzi pokrótce znane dotychczas teoryje jako to: Brighta, Traubego, Johnsona, K. Gulla, H. Suttona,

Buhla, Senatora, Ewalda, a nakoniec podaje swoje własne zapatrywanie. Zapatrywanie dotychczasowe, że przerost serca zapewne w skutek zboczeń w odżywianiu serca powstaje, musiał porzucić, skoro się okazało, że zmiany, które w chorobie Brighta w sercu znajdujemy, nic szczególnego w sobie nie mają. Nie mogąc zatém przypuścić jako przyczynę przerostu serca ani spraw serca zapalnych, ani innych specyficznych zmian naczyń włosowatych lub tętniczek, nie pozostaje nic innego, jak przypuścić przyczynę fizyczną, za czém i to przemawia, że wszystkie przerosty serca zawdzięczają swój początek czynnikom mechanicznym. Jako taki czynnik mechaniczny uważać tylko można zwiększoną ilość krwi z powodu zmniejszonego wydzielania wody przez nerki, przez co ilość krwi się wzmaga, a tém samém i praca serca się zwiększa. Widać to w ostrém zapaleniu nerek, gdzie jest zmniejszoną ilość moczu, obok zwiększonego pragnienia, klinicznie zaś spostrzegać się daje tętno pełne, które atoli szybko maleje, skoro obfite poty lub mocz się pojawią. Senator występuje wprawdzie z twierdzeniem, że przy nerce zanikowéj już od początku obfitsze wydzielanie moczu istnieje, a pomimo to przerost serca najczęściéj występuje. Atoli zanik nerek jest sprawą skończoną, okresy jéj początkowe czasem przechodzą niepostrzeżenie, tak że objawy kliniczne mało znamy; ze stosunków jednak anatomicznych wnioskować musimy, że wydzielanie moczu jest zmniejszone. Że zaś przez dłuższy czas większe wydzielanie moczu ma miejsce, tłumaczy Bamberger tém, iż organizm przywykły do zwiększonego napełnienia serca i naczyń zapełniając ubytek przyjmuje od zewnątrz nową ilość wody, i w ten sposób utrzymuje ilość wody na wyższym stopniu.

Działanie wsteczne na serce tłumaczy Bamberger w ten sposób: Przy wydzielaniu znacznéj ilości wody w nerce saméj zmniejsza się ilość krwi oraz parcie ościenne; jeżeli zaś parcie się nie zmniejszy, to serce jest przeciążone tym dodatkiem pracy, co przy dłuższém trwaniu do przerostu serca prowadzić musi. Przerasta najpierw komórka lewa; w dalszym ciągu rozszerzają się żyły, a nareszcie rozszerza się i przerasta serce prawe; rozszerzenie ustępuje z powodu zmniejszenia się ilości krwi w dalszym przebiegu choroby, przerost atoli pozostaje.

Nareszcie wspomina Bamberger o zarzutach, któreby przeciw jego zapatrywaniu podniesione być mogły; a z pomiędzy tych wspomnę tylko o jednym: dlaczego i w innych cierpieniach nerek, w których wydzielanie jest upośledzone, z tego samego powodu przerost serca nie występuje? Należą tu i ropnie nerek, rozległe serowate nacieki, torbielowe przeobrażenia, nowotwory itp. Otóż dowodzi, że i w tych cierpieniach przerost serca się rozwija, lubo rzadko, że atoli choroby te są same przez się rzadkie, a rzadziéj jeszcze może pojawiać się w nich ta kombinacyja stosunków, jaka jest potrzebną do wytworzenia przerostu serca. Na dowód, że w tych chorobach przerost serca istnieje, przytacza przypadki z literatury i tak: U 40-letniéj kobiety, zmarłéj z udaru mózgu, znalazł obie nerki wielkości dwu pięści męzkich zamienione w kłębek torbieli napiętych, wielkości orzecha, cieczą przeźroczystą po części koloidową napełnionych, miąższ nerek tworzą cienkie paski, lewa komórka serca w dwójnasób zwiększona. C o h n h e i m opisuje zatkanie obu ujść moczowodów wielkim kamieniem pęcherza u 11-letniego chłopca, gdzie obok hydronefrozy istniał znaczny przerost serca lewego. G a l a b i n znalazł również znaczny przerost serca w 2ch przypadkach torbielowato zwyrodniałych nerek. I przy wrodzoném zboczeniu jednéj nerki zauważano często powiększenie serca. Bez wątpienia o wiele więcéj by takich przypadków znaleziono w literaturze. A uwzględniając wszystkie następstwa choroby Brighta, to wyjaśnienie tychże nie wydaje się być niemożebném, i tak: J e d n e z a w d z i ę c z a j ą p o c z ą t e k s w ó j s t o s u n k o m m e c h a n i c z n y m i niedostatecznemu wydzielaniu wody, do tych zalicza przerost serca i puchlinę, dla któréj wedle badań Cohnheima zwiększoną przepuszczalność naczyń przypuścić trzeba. W s z y s t k i e i n n e m a j ą c e c h ę z a p a l n ą l u b w y p o c i n o w ą, i umiejscowiają się przedewszystkiém na rozległych powierzchniach błon śluzowych i surowiczych.

B o u c h e r o n: **Leczenie zézu zbieżnego u dzieci bez operacyi.**

Sprawozdanie Dra Macheka.

W lipcowym zeszycie *Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde* ogłasza Dr. B o u c h e r o n nowy sposób leczenia zézu zbieżnego u dzieci za pomocą użycia środków zwężających i rozszerzających źrenicę. W marcu rb. przedstawił był swój sposób paryskiéj akademii nauk. Jeżeli się sprawdzi skuteczność tych środków, będzie to bardzo cennem wzbogaceniem terapii okulistycznéj, skutecznemi bowiem one będą właśnie w tych przypadkach, w których dla wieku chorych ani szkieł stósownych użyć nie możemy, ani operacyi wykonać. Rodzice zastraszeni chwilowém zézowaniem dzieci, które nie rzadko także u niemowląt już występuje, radzą się natychmiast lekarzy, którzy z powodu, że wiek chorych nie pozwala na noszenie okularów, zwyczajne tylko zalecają środki mające niedopuścić wytworzenia się niedośleрu oka jednego. Tymczasem zéz staje się stałym, często się wytwarza niedoślep pomimo sposobów użytych w celu zapobieżenia temuż, w skutek czego nawet po szczęśliwie wykonanéj operacyi dwuoczne widzenie jest stracone. Boucheron zaś podaje sposób leczenia, którego donіosłość tém jest większą, że zbyteczną czyni operacyję, która z powodu trudności, jaką sprawia przewidzenie rezultatu osiągnąć się mającego, należy do ważniejszych operacyj okulistycznych.

Odkąd znamy zależność zézu zbieżnego od wysileń akomodacyjnych u hypermetropów, wiedzieliśmy, iż porażając akomodacyję a więc usuwając jedno ogniwo w łańcuchu owych zależności, usuwamy przyczynę zézu na tak długo, jak długo środek działa. Chcąc więc dziecko mające lat dwa uchronić od zézu, trzebaby przez lat kilka zapuszczać atropin, a mianowicie dopóty, dopóki nie będzie można zastósować okularów. Dziecko jednak będące hypermetropem po zapuszczeniu środka porażającego mięsień akomodacyjny żadnego przedmiotu, w jakiémkolwiek on pozostaje oddaleniu, widzieć nie może; środka więc tego z łatwo zrozumiałych przyczyn, trzymając się dotychczasowych zapatrywań, nie stósowaliśmy. Boucheron zaś twierdzi, że zapuszczanie rozszerzających lub zwężających źrenicę środków przez przeciąg 2 do 10 miesięcy (zależy to od wieku dziecka) już wystarczy, aby zéz zbieżny wywołany przez akomodacyję hypermetropów niepowrotnie usunąć. Pilne dalsze doświadczenia są jednak bardzo wskazane, gdyż już teoryja zależności zézu od nadmiarowéj budowy oka, oparta na ogromnéj ilości doświadczeń, nasuwa nie małe wątpliwości. Atropin, duboizyn, tak jak ezeryn nadmiarowéj budowy oka nie usuną, tego i Boucheron nie twierdzi, a ona to jest pierwszą przyczyną zézu; przyczyna więc pozostaje, a *cessat effectus* zdaniem Boucherona. Autor opiera teoryję swego sposobu leczenia na

rozumowaniu, które przeważnie jest własnością Dondersa. Tok tegoż w krótkości przytoczymy. Zéz zbieżny jest w największéj ilości przypadków skutkiem nadmiarowéj budowy oka: hypermetrop akomoduje patrząc na przedmioty w dali się znajdujące, a w wyższym jeszcze stopniu w pobliżu; kiedy jednak patrzy na przedmioty blisko położone, działają równocześnie mięśnie proste wewnętrzne, co się dzieje w skutek organizacyi systemu dioptrycznego. Nerw okoruchowy zaopatruje mięsień Brückego i mięśnie wewnętrzne proste, istnieje więc pewna wspólność, pewna zależność w czynnościach fizyjologicznych tych mięśni.

Boucheron twierdzi, że ta zależność nie jest równorzędną, akomodacyja ma przewagę nad zbieżnością; silna akomodacyja wywołuje zbyteczną zbieżność. Oko hypermetropa w pobliżu akomoduje się bardzo, i dlatego osie oczu bardzo, aż nadto, zbieżnie się ustawiają. Z początku tylko chwilowo raz jedném, potém drugiém okiem się zézuje i to przy czytaniu, drobnych robótkach, przy szyciu (*Strabismus intermittens*); dopiero późniéj, a w niektórych przypadkach dopiero po kilku latach, zéz pozostaje (*Strabismus permanens*). Teraz się mięśnie już pokurczyły, a wyleczenie zézu tylko za pomocą operacyi jest możebném.

Atropin, duboizyn itd. porażają akomodacyję, a więc po zapuszczeniu i zbieżność nieprawidłowa ustępuje. W przeciągu 2 do 15 dni zéz ustępuje a po dłuższém zapuszczaniu, jak wspomnieliśmy, już i nie powraca zdaniem B., bo „stan taki oczu z rozwojem i z wzrastaniem dziecka się ustala."

Podobnie jak środki źrenicę rozszerzające ma także i ezeryn działać, bo i ezeryn wpływa na zależność akomodacyi i zbieżność osi ocznych w ten sposób, iż ją znosi. Środki te użyte z odpowiednią ostrożnością są nawet dla małych dzieci nieszkodliwe. Spsób Boucherona daje możność leczenia zezu także i niespecyjaliście.

Adamiuk (w Kazaniu): Przypadek braku innerwacyi ruchowéj oczu.

Wieśniak liczący lat 40 patrzał w stanie spokoju wprost przed siebie; osie widzenia obu oczu stały prawie równolegle (*Primärlage*). Z położenia tego nie potrafił chory zwrócić oczu w żadnym innym kierunku, a jeżeli chciał widzieć przedmiot nie wprost przed sobą położony, zwracał głowę ku niemu. Jeżeli mu lekarz kazał patrzeć na jaki przedmiot, a rękami ująwszy głowę odwrócił ją w bok od przedmiotu, natenczas oczy przez chwilkę pozostały w położeniu poprzedniém, a potém dopiero w kurczowych, oderwanych ruchach wracały w zwykłe położenie. Osie widzenia znowu równolegle stawały.

Hering przypuszcza, że w mózgu jest ognisko ruchowe (*Innervations-centrum*) a mianowicie w wzgórku czworaczym, które jest umiejscowieniem ruchów obu oczu (*Herings Doppelauge*). Adamiuk w myśl teoryi téj przypuszcza, że w opisanym przypadku siedzibą choroby była część przodowa wzgórka czworaczego. (*Centralbl. f. Augenheilk.* str. 74). *M.*

Ponfick: O uproszczonym sposobie przetaczania krwi u ludzi.

Na podstawie doświadczeń na psach ze skutkiem pomyślnym, autor ośmielił się wlewać trzem chorym krew odwłóknioną do jamy brzusznéj za pomocą lejka szklanego i cewy elastycznéj zakończonéj kanką kształtu pióra z kruczkiem. Powolne wlewanie 220—250 grm. krwi nie sprawiało chorym żadnéj dolegliwości, gorączka następowa i bóle były bardzo nieznaczne, poprawa odżywienia po operacyi bardzo wyraźna; nie następowało zaś moczenie krwawe (*haemoglobinuria*) jako oznaka zniszczenia ciałek krwi, a więc widocznie krew przelana dostawała się bez zmian do narządu krążenia. Autor zaniechał jednak sprawdzenia, czy ilość ciałek czerwonych krwi przez to zwiększyła się. (*Berl. klin. Woch.* 1879, Nr. 34.) *Dr. Kozłowski* (Lwów).

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie Xte z d. 12go listopada 1879 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 10.

Po przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia

1) Sekretarz składa do biblioteki Komisyi książki treści balneologicznéj (1 dzieło większe, 28 broszur), przesłane na ręce Dra Sciborowskiego przez wdowę po ś.p. Drze J. Falęckim.

2) Tenże odczytuje list jednego z obywateli krakowskich, poruszający potrzebę wydania przewodnika dla chorych podróżujących do zdrojowisk krajowych. Nad sprawą tą, jako przekraczającą zakres działania Kom. baln. a leżącą właściwie w interesie poszczególnych Zarządów kąpielowych, Komisyja przechodzi do porządku dziennego.

3) Dr. Kwaśnicki odczytuje w imieniu wybranéj na przeszłém posiedzeniu podkomisyi obszerny referat, dotyczący poruszonéj przez prof. Dra Korczyńskiego potrzeby założenia w niektórych zdrojowiskach solankowych naszego kraju szpitali, lub t. zw. domów zdrowia (*maisons de santé*) dla dzieci zołzowatych. Sprawozdanie to streścić się daje jak następuje:

Tak statystyka lekarska, jako i osobiste doświadczenie każdego lekarza przekonywają, że zmiana odżywcza zwana zołzami (*scrophulosis*) należy bezsprzecznie do cierpień u nas najwięcéj rozpowszechnionych, i że takowa w znacznéj części przyczynia się do rozwijania się suchot płucowych, a w ogóle do upadku i skarłowacenia rasy ludzkiéj. Aczkolwiek właściwa ajtyjologija tego cierpienia nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną, to jednak nie ulega wątpliwości, że dzieci urodzone i wychowane po miastach daleko częściéj ulegają temu zboczeniu, aniżeli dzieci wiejskie. Częstość pojawiania się pewnéj choroby w pojedynczéj miejscowości może wprawdzie względną tylko mieć wartość dla ogólnéj statystyki lekarskiéj, mimo to różnicę w częstości zołzów po miastach a po wsiach uwydatnić nam mogą poniekąd następujące liczby, wyjęte ze sprawozdań rocznych dyrektora szpitala św. Ludwika w Krakowie, a mianowicie: Ilość dzieci dotkniętych ogólném charłactwem zołzowém i gruźliczém, w stosunku do ogólnéj liczby dzieci leczonych w tymże szpitalu, wynosiła w r. 1877 27%, a w r. 1878 25.5%, w stosunku zaś do całkowitéj liczby dzieci charłaczych stanowiła w r. 1877 45.8% a w r. 1878 37.4%, z których nie mniéj jak 40% przypada na Kraków, reszta zaś na okoliczne wioski. W sprawozdaniu lwowskiego szpitala św. Zofii za rok 1878 znajdujemy 24.4% dzieci zołzowatych. A jednak w obec tak znacznéj liczby chorych zołzowych przyznać trzeba, że prawie czwarta część takowych nie znajduje w szpitalach miejskich odpowiednich do zupełnego wyleczenia się warunków, tudzież że dzieci dotknięte zołzami częstokroć zajmują w szpitalach przez długi czas miejsce ze szkodą innych chorych, a nareszcie jeżeli pochodzą z rodziców ubogich, co najczęściéj bywa, narażają kraj na znaczne a często bezskuteczne wydatki. Opierając się na powyższém smutném doświadczeniu Anglicy już od dawna pozakładali dla dzieci zołzowatych szpitale na wybrzeżach morskich; za ich przykładem poszli Włosi, którzy w ostatnich 15tu latach pourządzali kosztem stowarzyszeń prywatnych we wszystkich prowincyjach liczne takież szpitale dla dzieci zołzowatych przeznaczone; w ostatnim czasie dziennikarstwo francuskie uroczyście domaga się zakładania takichże szpitali

morskich departamentowych; a wreszcie i Niemcy po części już pozaprowadzali filije szpitali dziecięcych w okolicach górzystych, przeznaczone wyłącznie dla dzieci zołzami dotkniętych. Głównym bodźcem do zakładania szpitali morskich było to spostrzeżenie, że mieszkańcy pewnych wybrzeży morskich wolni są zupełnie od zołzów, co przypisać należy czystemu i świeżemu powietrzu, kąpielom nasyconym solą morską itp. czynnikom, które podniecają ogólną przemianę materyi, czynią ustrój chorych odporniejszym na szkodliwe bodźce zewnętrzne, a tém samém stawiają go w korzystnych warunkach dla leczenia przeciwzołzowego. Kraj nasz nie posiada wprawdzie brzegów morskich, obfituje za to w zdrojowiska solankowe, które na podstawie składu chemicznego swéj wody nie ustępują co do wartości leczniczéj wodzie morskiéj, a z powodu położenia swego w okolicach górzystych odznaczają się również bardzo korzystnie w leczeniu przeciwzołzowém. Obok tych to solanek krajowych winny stanąć zakłady szpitalne dla naszych dzieci zołzowatych. Inicyjatywa w tym względzie i wykonanie tego przedsięwzięcia przypadałoby najwłaściwiéj istniejącym w Krakowie i Lwowie stowarzyszeniom opieki szpitalnéj dla dzieci; mianowicie dla zachodniéj części kraju należałoby wybudować w Rabce filiję krakowskiego szpitala św. Ludwika, dla wschodniéj zaś w Iwoniczu lub w Rymanowie filiję szpitala lwowskiego św. Zofii. Staraniem i nakładem swym stowarzyszenia powyższe krakowskie i lwowskie wystawiłyby zabudowania szpitalne, w rozmiarach, na jakieby ich fundusze pozwalały; w porze kąpielowéj (od 1 czerwca do 1 września) stowarzyszenia ustanowiłyby w swych filijach szpitalnych personal administracyjny i lekarski, oraz zaopatrzyłyby takowe ze składów szpitali głównych w potrzebną bieliznę i naczynia. Układ z Wydziałem krajowym, mocą którego oba stowarzyszenia pobierałyby pewną opłatę dzienną za leczenie każdego dziecka, zabezpieczyłby byt tych zakładów. Właściwy nakład, jakiby stowarzyszenia poniosły, polegałby zatém tylko na wystawieniu odpowiednich budynków i kosztach przewozu dzieci i personalu. Na podstawie powyższych wywodów podkomisyja wnosi, aby Komisyja balneologiczna przesłała gruntownie umotywowane przedstawienie stowarzyszeniom opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie i Lwowie, nakłaniając je do wystawienia filij szpitalnych dla dzieci zołzowych w Rabce dla zachodniéj, w Iwoniczu zaś lub Rymanowie dla wschodniéj Galicyi.

Co się zaś tyczy t. zw. domów zdrowia w pomienionych zdrojowiskach, podkomisyja radzi sprawę tę jako przedsiębiorstwo prywatne pozostawić zapobiegliwości odpowiednich zarządów zdrojowych, oraz wnosi, aby Kom. baln. zakomunikowała właścicielom zdrojowisk solankowych właściwe powody, które urządzenie takich zakładów czynią potrzebném i pożądaném.

Po dłuższéj a ożywionéj dyskusyi, w któréj przemawiali prócz Sprawozdawcy Przewodniczący, Drowie Ściborowski, Lutostański, Obaliński, Murdzieński i Rosner, Komisyja balneologiczna przychyla się do wywodów i wniosków podkomisyi.

4) Dr. Lutostański odczytał obszerną rozprawę o kąpielach igliwiowych, oraz okazał różne przetwory igliwiowe wyrobu p. Nitribitta w Krynicy. Praca ta ukaże się w Przegl. Lek. Na tém posiedzenie zakończono.

Sekretarz *Dr. Smoleński.*

V. Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**,
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46.)

2) Po ukończeniu doświadczeń z tą chorą robionych przyprowadzono drugą. Dziewczyna około 20 lat licząca, budowy ciała słabéj, czaszka mała, wyraz twarzy prawie głupkowaty, oczy niespokojne; chora niechętna dla doświadczeń zamyka oczy, schyla głowę, wydziera się z rąk asystentów, gniewa się i oburza. Po dosyć długich zabiegach udało się nareszcie skłonić ją do poddania się warunkom uśpienia hysterycznego, tj. do utwierdzenia swojego wzroku w palec profesora, albo do pozwolenia, ażeby on swój wzrok utkwił w jéj oczach. Podczas dokonywania na niéj warunku usypiania chora złościła się, czerwieniła, siniała, nareszcie usnęła i twarz jéj zbladła. Chora ta cierpi gwałtowne napady hysteroepilepsyi; pomiędzy łopatkami i na karku znajduje się miejsce, którego lekkie potarcie wywołuje napady powyższe, mocne zaś uciskanie i pocieranie wywołany już napad uśmierza. Doświadczenia na téj choréj nie są więc tak dokładne jak na pierwszéj, a to z powodu wielkiéj skłonności do kurczów rozległych i napadów hysteroepileptycznych. To też, gdy Charcot głaskał zlekka m. dwugłowy ramienia podczas stanu hypnotycznego, w jakim się chora znajdowała, począł się kurczyć nie tylko ten mięsień lecz wszystkie inne zginacze i nawrotne, przez co cała odnoga w sposób tężcowy wykrzywioną i na plecy założoną została; tu więc doświadczenia nie powiodły się jak u choréj pierwszéj. Charcot obudził chorą przez uderzenie w jamę biodrową, nie pamiętam którą, poczém z lekka potarł okolicę nadłopatkową dla wywołania napadu hysteroepilepsyi. Gdy się okres pierwszy napadu począł rozwijać, przerwał dalszy jego postęp przez ucisk jamy biodrowéj. Wszystkie te doświadczenia następowały po sobie tak prędko, a wykonywanie takowych było tak dorażne, że o zebraniu postrzeżeń poszczególnych, np. co do stanu źrenicy, tętna, ciepłoty, odruchów ścięgnistych i mięśniowych, mowy być nie mogło.

Szan. profesor polecił mi, żebym uśpił pierwszą chorą i powtórzył doświadczenie ze skurczeniem mięśni poszczególnych; co też uczyniłem i te same, jak powyżéj opisane były, otrzymałem zjawiska.

Już z tego co widziałem okazuje się różnica w zdatności osób do takich eksperymentów. Pierwsza chora inteligentna, uprzejma, jak maszyna odpowiadała na zadrażnienia usystemizowane; druga prawie głupia i nieco dzika, nietylko że nie chciała poddać się patrzeniu na palec i utkwieniu w nim wzroku, lecz poddawszy się nakoniec wymaganemu stanowi hypnotycznemu oddziaływała źle na zadrażnienia mięśni; zamiast skurczenia m. dwugłowego, wykrzywiła tężcowo całą odnogę i założyła ją na plecy.

Znana wywrotność molekularna systemu nerwowego u histeryczek pozwala domyślać się *a priori*, że otwarcie pewnych dróg niezwykłych dla zjawisk odruchowych, wygładzenie i usystemizowanie tych dróg za pomocą powtarzania tych samych zadrażnień, a względnie warunków, jest rzeczą możliwą. Można więc przypuścić, że tym sposobem można wyćwiczyć wzorowo histeryczkę w usypianiu dobrowolném. Do tego potrzeba będzie poddać jéj warunki podobne, jakie usypianiu fizyjologicznemu towarzyszą; w tym zaś względzie ustawienie gałek ocznych i utwierdzenie takowych nieruchomo w pewnéj pozycyi zdaje się niekiedy wystarczać. Jan Müller już zauważał: *„Die Augen nehmen beim Schlafenden immer eine eigenthümliche Stellung an. Sie wenden sich (und das geschieht schon beim Einschläfern) nach einwärts und aufwärts, eine Bewegung, die auch in krankhaften Nervenzufällen, z. B. in der Epilepsie und Catalepsie, sich stärker wiederholt“.* (*Physiologie des Menschen*, Coblenz 1840. T. II, str- 583.)

Zbliżenie palca i ustawienie go takie, że koniec jego wolny stoi na poziomie międzybrwia, nada właśnie taki układ oczom choréj, która swój wzrok utkwiła w koniec wolny palca tak ustawionego.

Czy za tym układem ócz idzie odruch naczyniowy w korze półkul mózgowych, może skurczenie stałe podwójnéj

sieci tętniczek, jaka się tu znajduje, a za tém skurczeniem zmniejszony nagle dowóz krwi tętniczéj i sen mózgu, tego twierdzić niemogę stanowczo, skoro warunki wewnętrzne snu mózgowego fizyjologom dzisiejszym nie są całkowicie i z pewnością znane, jak wnoszę z tego, co czytam w podręcznikach fizyjologicznych. Donders zauważał (przez okienko szklane), że podczas snu mózg blednieje. Przytłumienie czynności półkul mózgowych, a tém samém przytłumienie świadomości, myślenia i działania z umysłu, może mieć różne przyczyny nietylko w przypadkach patologicznych, ale i w przypadkach fizyjologicznych. Tak np. mózg usypia ze zmęczenia, lecz może usnąć także z braku wrażeń, niekiedy znowu właśnie dla pewnych wrażeń poszczególnych, pomiędzy któremi namienię pierwsze lepsze, które mi na myśl przychodzą: niektóre osoby drzemią przy fryzowaniu głowy, podczas kazania lub innéj podobnéj mowy; dzieci podczas huśtania w kolebkach, młynarz śród łoskotu młyna itd. Niektóre niewiasty umieją płakać na zawołanie lub omdlewać ze wzruszenia, niechęci, rozdrażnienia lub gniewu. Są to także zjawiska odruchowe, nad któremi człowiek prawidłowy dowolnie nie panuje.

Jak dalece wrażenia zmysłowe poszczególne u wielu osób, jeżeli nie u wszystkich, wpływają na czynność ruchową naczyń mózgowych, dowodzą tego tak zwane wzruszenia umysłowe czyli afekty. We wzruszeniach radosnych, przyjemnych, krążenie mózgowe jest niezawodnie prędsze, pełniejsze; przeciwnie ma się rzecz we wzruszeniach przerażających, w bojaźni, w trwodze, w rozpaczy. W gniewie znowu odpływ krwi żylnéj z głowy widocznie powstrzymany, co widać po nabrzmieniu żył twarzowych, szyjnych i po oczach. W afektach niemasz nigdy pełnéj, wszechstronnéj czynności umysłowéj, czasem nawet traci się pamięć tego, co się postrzegało i myślało w gwałtownych wzruszeniach umysłowych. Inne fizyjologiczne stany narzędzi obwodowych wpływają także na czynność mózgu, jak np. *„plenus venter non studet libenter“*; podczas spółkowania płciowego zaś u wielu bywa chwilowo świadomość wykluczona.

Te i tym podobne refleksyje czynią rzecz prawdopodobną *a priori*, że stany hypnotyczne sztucznie wywołane być mogą u hysteryczek, których system nerwowy jest tak wywrotny i tak przewrotnym przypadłościom daje początek. *A posteriori* zaś wiadomo nam od lekarzy wiarogodnych dawniejszych i tegoczesnych, że hysteryczki zapadały w stan hypnotyczny bez sztucznych warunków. Były to więc przypadłości napadowe, należące do obrazu klinicznego hysteryi ciężkiéj.

Wiadomo nam skądinąd, że rozmaite przypadłości chorób nerwowych innych można także wywołać sztucznie, jak padaczkę tak zwaną obwodową, odruchową, jeżeli zadrażnimy to miejsce obwodowe, które jest najbliższą przyczyną napadów.

Nie możemy więc posuwać skeptycyzmu, do którego dziś tak bardzo jesteśmy usposobieni, aż do ostateczności, i powinniśmy w obec „eksperymentów“ Charcota zachować lojalną rezerwę w tém przekonaniu, że w stanach hypnotycznych sztucznych być musi coś rzeczywistego, opierającego się na mechanizmie fizyjologicznym, którego jeszcze nie znamy. Z drugiéj zaś strony zachodzi prawdopodobieństwo wielkie, że dobrowolne poddanie się i ćwiczenie w napadach sztucznych niemałą w tém odgrywa rolę. To jednak bynajmniéj nie zmienia rzeczywistości samego napadu, również jak sen, któremu poddajemy się dobrowolnie, gdy nas nagabuje, nie przestaje być rzeczywistym, chociaż moglibyśmy go byli powstrzymać, np. drzemkę poobiednią.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna miejska odbyła posiedzenie dnia 14go bm. pod przewodnictwem Dra Warschauera, na którém 1) odczytano zawiadomienie Prezydyjum magistratu, że w miejsce Dra Korczyńskiego zastępcą przewodniczącego mianowany został Dr. Warschauer; 2) Dr. Buszek oświadcza w imieniu podkomisyi, że w obec porządku i czystości domu na Stradomiu pod L. 6 nie można przypuszczać innéj przyczyny częstszego pojawiania się duru tamże, jak zanieczyszczenie gruntu, gdyż wiadomo, że na tém miejscu podobnie jak w ul. Grodzkiéj pod L. 113, gdzie panował tyfus, stale odbywały się popasy a kanał prowadzący pod Zamkiem ku Stradomiu nie ma należytego spadku i chociaż pierwotnie miał służyć tylko do odprowadzania ścieków, odprowadza także odchody kloaczne: 3) Tenże stwierdza, że jedynie w skutek niewłaściwego urządzenia wychodków w ul. Wolskiéj pod L. 67 płyną od tegoż domu płynne wszystkie odchody kloaczne przez całą ulicę rynsztokiem aż do Rudawy i w najwyższym stopniu zatruwają powietrze. 4) Tenże donosi, że przed kilku tygodniami zwiedził zarazem z prof. Janikowskim budynek seminaryjum żeńskiego: nie znalazłszy go bardzo wilgotnym polecili pewne środki celem zapobieżenia szkodliwym skutkom dla zdrowia. Do dalszego badania wybrano Drów Janikowskiego, Lutostańskiego i Buszka. 5) Tenże zawiadamia, że razem z radcą miejskim Drem Cyfrowiczem odwiedzili dzieci wychowywane w Niepołomicach kosztem magistratu, znaleźli je dobrze pielęgnowane i spodziewają się zbawiennych skutków, z tego zwłaszcza, że o ich odwiedzinach musiała się roznieść wiadomość po całéj okolicy jako w dniu jarmacznym odbytych; 6) Tenże odczytał pismo magistratu, wedle którego nakazano właścicielowi piekarni w ul. Siennéj podnieść komin, ponieważ stosunki miejscowe nie pozwoliły urządzić pochłaniaczów dymu; 7) Tenże wykazał śmiertelność z ostatnich 4ch miesięcy namieniając, że dla 10ciu ubiegłych miesięcy wypada wykładnik śmiertelności 29,4, że od czerwca pojawiła się ospa zabierając w tymże miesiącu 1 ofiarę, w lipcu 1, w sierpniu 3, we wrześniu 13, w październiku 15 a w 44 tygodniu 13 i wnosi, aby uchwalono zaasygnowanie pewnéj kwoty na zakupno krowianki. Podał przytém do wiadomości pismo świetnéj dyrekcyi szpitala św. Ludwika uprzedzające magistrat, że w razie dalszego szerzenia się ospy przyjmowanie ospowatych nie byłoby więcéj możebném. Wniosek namieniony po rozwlekłéj dyskusyi przyjęto, podobnież i wnioski Dra Kralczyńskiego (jako referenta podkomisyi złożonéj z Drów Janikowskiego, refer. i Rybczyńskiego) a żądające przedewszystkiém wprowadzenia w życie wszystkich desideratów, jakie objęto sprawozdaniem z d. 9 maja 1878 r. Również przyjęto wniosek Dra K. Grabowskiego, aby szczepiono od domu do domu. 8) Tenże przedłożył wykaz rozbioru chemicznego wody studziennéj z Rynku pod L. 29 i z ul. Krowoderskiéj L. 128. 9) Reprezentant magistratu wnosi, aby wybrano Komisyję do zbadania rowu za realnością Kleina w Dz. VII. Wybrano Drów Grabowskiego, Lutostańskiego i Rybczyńskiego. 10) Tenże odczytał wezwanie do Komisyi sanitarnéj, aby ta przedłożyła instrukcyję dla rozbiorów chemicznych policyjno-sanitarnych.

Statystyka epidemij. Ospa nie zmieniła się stanowczo w Londynie. W szpitalach leczy się 46, umarło 3, świeżo zapadło 12. W państwie austryjackiém więcéj się rozszerzyła ospa. W Wiedniu i Budapeszcie umarło po 6, w Pradze 2. W Paryżu umarło 15, w Petersburgu 3, w Bukareszcie i Barcelonie 9, w Warszawie 1, w Odesie 2. W Barcelonie umarło z tyfusu 26. Z duru osutkowego umarło w Londynie 4, w Petersburgu i Odesie po 1. Odra w Kopenhadze dotąd się bardziéj szerzy, umarło 21. Płonica łagodnieje w Bukareszcie, umarło 28. Febra żółta do 25 paźd. zmniejszyła się w Memfisie, zapadło 31 a umarło 14. W Krakowie umarło w tygodniu 46 z chorób zakaźnych 6 osób: 5 z ospy nieszczepionych (w ul. Łobzowskiéj L. 100, w ul. Krótkiéj L. 70 i 72, w ul. Pawiéj L. 153, w szpi-

talu), 1 z płonicy (na Placu żydowskim L. 228), a doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach ospy (z ul. Różannéj, z ul. Batorego L. 92, z Pędzichowa L. 70, z ul. Floryjańskiéj L. 340); 4 ospianki (z ul. św. Gertrudy i z ul. Poselskiéj L. 140); 2 płonicy (z ul. Sławkowskiéj L. 261, z ul. Józefa L. 275); 2 duru brzusznego (z Pędzichowa i z ul Brackiéj); 1 dławca (z ul. Mikołajskiéj L. 452); 1 czerwonki (z ul. Garbarskiéj L. 20) i 2 róży ze szpitala.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 45 umarło w Krakowie na rok i 1.000 mieszkańców 42,2; we Lwowie 26,3; w Warszawie 27,5; w Wiedniu 23,8; w Budapeszcie 28,1; w Pradze 30,9; w Tryjeście 31,7; w Berlinie 21,7; w Monachijum 36,6; w Wrocławiu 26,4; w Hamburgu 28,2; w Dreznie 17,6; w Lipsku 22,1; w Bazylei 21,7; w Brukseli 17,2; w Paryżu 23,9; w Londynie 22,0; w Stokholmie 20,4; w Chrystyjanii 11,9; w Petersburgu 29,0; w Odesie 32,2; Bukareszcie 39,5; w Barcelonie 32,5 w Aleksandryi 31,9; w Nowym Yorku 23,4; w Madrasie 37,7; w Bombayu 33,9. *J. B.*

* W królestwie Pruskiém (razem z księstwami Waldeck i Pyrmont) jest w roku bieżącym lekarzy 8397, fizyków obwodowych 476, chirurgów 143, dentystów 251, aptekarzy 2440; w Berlinie samym jest lekarzy 917.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 20 listopada. Otrzymaliśmy jednocześnie trzy kalendarze polskie na rok 1880: Pierwszy z nich „Kalendarz lekarski krakowski ze szczególném uwzględnieniem potrzeb lekarzy w Galicyi zamieszkałych wydany staraniem Docenta Grabowskiego i Prof. Janikowskiego, którego bliskie pojawienie się niedawno temu zapowiedzieliśmy, przedstawia się nadzwyczaj pięknie pod względem druku, papieru, oprawy itd., a odznacza się wielką obfitością treści. Oprócz zwykłych tablic i objaśnień, oprócz spisu i cennika leków, wykazu zdrojowisk itd., a więc przedmiotów, z któremi i w innych spotykamy się kalendarzach, znajdujemy w kalendarzu krakowskim skład władz sanitarnych we Wiedniu i we Lwowie, służby zdrowia w Galicyi, wydziału lekarskiego w Krakowie, komisyi egzaminacyjnéj dla lekarzy i weterynarzy, daléj szpitali powszechnych we Lwowie, Kulparkowie, szpitali wszystkich i klinik w Krakowie; a co ważniejsza, szczegóły wszystkie są dokładne, tak że lekarz w Galicyi zamieszkały z łatwością poinformować się może w razie nasuwającéj się wątpliwości co do osób lekarskich. Z przedmiotów podanych w części 2iéj (naukowo-praktycznéj) zasługują na uwagę: wskazówka co do sposobu odwietrzania (dezinfekcyi), rzecz o otruciach ostrych i sposobie ratowania w tychże, średnie wymiary położnicze i ginekologiczne itd. Słowem przyznać należy, że Wydawcy wywiązali się świetnie z zadania swego i że kalendarz w mowie będący odpowiada wszelkim wymogom lekarzy w Galicyi głównie praktykujących, a i po za krajem naszym powinien znaleść zwolenników, ponieważ znajomość stosunków lekarskich galicyjskich nie może być obojętną żadnemu lekarzowi polskiemu. Gdybyśmy mieli coś do zarzucenia, to chyba, że objętość kalendarza zdaje nam się być za wielką.

Drugi kalendarz jest to znany już zaszczytnie z roku przeszłego „Rocznik Medycyny Polskiéj“ wydany staraniem i nakładem Dra J. Rogowicza, redaktora „Medycyny“. I rocznik ten 2gi z kolei składa się z dwóch części. Część 1sza, stanowiąca osobną książeczkę o 144 stronnicach, zawiera przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego (od 1go lipca 1878 do tegoż dnia 1879 r.) W przeglądzie tym mieszczą się sprawozdania dokładne z 124 prac naukowych, napisanych przez 89 autorów, objęte w 8miu działach, a mianowicie: 1) histologii, fizyjologii, chemii lek. i farmakologii, 2) anatomii patolog., patologii i terapii ogólnéj, 3) patologii i terapii szczegółowéj, 4) chirurgii, 5) akuszeryi, ginekologii i pedyjatryi, 6) okulistyki, 7) syfilidologii i dermatologii, 8) medycyny sądowéj, publicznéj i policyi lekarskiéj. Sprawozdawcami są: pierwszych 3ch działów Dr. Dunin, 4go Matlakowski, 5go Rogowicz, 6go Kośmiński, 7go Klink, a 8go Fritsche. Z 124 prac, podanych w wyciągu, drukowane były w Przeglądzie Lek. 38, w Gazecie Lekarskiéj 32, w Medycynie 26, w Pamiętniku Tow. lek. warsz. 17, w Dwutygodniku med. publ. 9, a w pismach Akademii 2. Sprawozdania, o ile na prędce przekonać się mogliśmy, są dokładne i wyczerpujące, a z tego powodu nasuwa nam się myśl, że mogliby z nich korzystać członkowie Komisyi Tow. lek. naszego, zajmujący się ułożeniem sprawozdań do rocznika Virchowa i Hirscha; szkoda tylko, że sprawozdania warszawskie obejmują tylko połowę roku bieżącego. — Część 2ga rocznika, osobno i ozdobnie oprawna, jest właściwym kalendarzem, i oprócz dziennika na rok 1880, ułożonego na wzór wiedeńskich, zawiera rozprawę o truciznach i odtrutkach, rzecz o ważniejszych zdrojowiskach, stacyjach klimatycznych itd., o nowszych środkach leczniczych itd., daléj spis członków wydziału lek. w Warszawie, spis lekarzy praktykujących w Król. pol., adresy lekarzy polaków praktykujących w Petersburgu i w Krakowie. Tak urządzenia wewnętrzne jako zewnętrzne kalendarza jest gustowne i wygodne; objętość onegonie przekracza miary, a cena bardzo przystępna. Tak więc Rocznik IIgi w niczém nie ustępuje pierwszemu, a może go nawet przewyższa.

Trzecim z kolei jest „Kalendarz do użytku farmaceutów i chemików“; wychodzi on już po raz trzeci pod redakcyją Dra M. Dunina Wąsowicza we Lwowie; obecny rocznik ozdobiony jest popiersiem śp. prof. Sawiczewskiego. Odpowiednio swemu przeznaczeniu kalendarz ten zawiera przedmioty obchodzące głównie aptekarzy i chemików, jak np. tablicę do sporządzenia zobojętniań, tablicę rozczynów glicerynowych, tablicę rozpuszczalności, spis właścicieli i dzierżawców aptek w Galicyi, Szląsku austr. i pruskim, w W. X. Poznańskiém, w Król. Polskiém i w Bukowinie, a obok cennika leków w państwie austryjackiém i cennik leków oraz wagi używane w Król. Polskiém. Z rozpraw naukowych zasługują na uwagę: Podręcznik do jakościowego rozbioru chemicznego (str. 72 — 101), i o oznaczeniu wartości wyskoku octowego (str. 105 — 113) przez Dra Wąsowicza. Druk i papier, oraz urządzenie wewnętrzne i oprawa są bardzo odpowiednie.

* Dn. 30 października rb. odbyło się w Alforcie uroczyste odsłonięcie pomnika Bourgeleta, słynnego weterynarza i założyciela szkół weterynarskich w Alforcie i Lugdunie. Przemówił pomiędzy innymi i prof. Bouley, inspektor szkół weterynarskich, wykazując zasługi Bourgeleta.

* Mała Holandyja posiada 4 wydziały lekarskie, a mianowicie przy uniwersytetach w Leydenie, Utrechcie, Gronindze i Amsterdamie. W Leydenie, najdawniejszéj szkole głównéj holandzkiéj, bo założonéj w r. 1575, wykładają: Zaayer anatomiję, Heynsius fizyjologiję, Mac Gillavry anatomiję patolog., Huet farmakodynamikę, Rosenstein dyjagnostykę, Thomas akuszeryję, Doyer oftalmologiję. W Utrechcie: Koster anatomiję, Donders fizyjologiję i okulistykę, Engelmann histologiję, Loncq szczegółową patologiję i terapiję, Snellen okulistykę, van Goudvever chirurgiję, Halbertsma akuszeryję, Talma anatomiję patolog., van Overbeck medycynę sądową i higijenę, v. d. Lith psychijatryję. W Gronindze: Houckgeest anatomiję, Huizinga fizyjologiję, Middeldorp anatomiję patolog., Sänger położnictwo, Ranke chirurgiję, Kooyker klinikę wewn., Fokker medycynę rządową; wreszcie w Amsterdamie: Stokvis patologiję ogólną, Tilanus chirurgiję, Hertz klinikę wewn., Lehmann położnictwo, Wurfbain chirurhiję, Chanfleurs van Ysselstein choroby skórne, Kühn anatomiję patolog. i med. sądową, Israels dzieje lekarskie, Gunning okulistykę, Förster higijenę, Stöder farmakodynamikę, Place fizyjologiję, Flürbringer anatomiję. Liczba uczniów medycyny wynosi w Leydenie 200, w Utrechcie 93, w Gronindze 85, w Amsterdamie 270. (*W. allg. med. Ztg.*)

* **Mianowania i odznaczenia**. Tajny radzca lekarski prof. Hirsch w Berlinie otrzymał order korony 3éj klasy. — Dr. Emmerich w Monachijum mianowany został asystentem w zakładzie higijeny w Lipsku. — Drowie Gross i Charpentier mianowani zostali profesorami w wydziale lek. w Nancy, pierwszy chirurgii, a ostatni higijeny i fizyki lekarskiéj. — Dr. Jan Chiari mianowany został prosektorem szpitala Rudolfa we Wiedniu. — Referent spraw lekarskich w Czechach Dr. Józef Hoser przeniesiony na własne żądanie w stan spoczynku otrzymał order korony żelaznéj 3éj kl. — Prof. Donders otrzymał krzyż

komandorski orderu lwa niderlandskiego, a prof. Virchow krzyż kawalerski tegoż orderu.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 46: Sokołowskiego (w Görbersdorfie): O niektórych ważnych powikłaniach suchot płucnych (c. d.); Kośmińskiego: Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyję, akkomodacyję i ostrość widzenia (c. d.); w *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 22: Lutostańskiego: O ścianach i wyprawie tychże ze stanowiska zdrowotnego (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dra Władysł. GAJKIEWICZA (w Warszawie): Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych. (Osobne odbicie z *Medycyny*) z 20 drzewotytami w tekscie. Warszawa 1879, in 8vo str. 189.

Dra S. PERKOWSKIEGO: Mały przyczynek do następstw rdzenio-kostnego zapalenia kończyn. (Osobne odbicie z *Gazety Lekarskiéj*) in 8vo str. 8.

Dr. Leopold GLÜCK (z Krakowa): Ein Beitrag zur Contagienlehre der Syphilis in XVI Jahrh. (Osobne odbicie z Nru 45 *Allg. W. med. Ztg.*) in 8vo str. 7.

Piśmiennictwo lekarskie. ALVARENGA C. La propylamine, la trymethylamine et leurs sels. 8 Paris, Doin Fr. 3.

ANNUAIRE de l'internat en médecine et en chirurgie des Hopitaux etc. 3. éd. 12 Paris, Asselin. Cart. Fr. 4.

AZAM, le Dr. Réunion primitive et pansement des grandes plaies. av. 1 pl. 8 Paris, Masson, Fr. 3.

BALBIANI M. Cours d'embryogénie comparée av. 200 fig. et 6 pl. 8. Paris, Doin. Fr. 15.

W skutek życzenia objawionego przez 10ciu członków mam zaszczyt donieść, że w Sobotę, dnia 29 bm. o godzinie 5téj popołudniu, odbędzie się w sali Akademii Umiejętności ogólne zgromadzenie nadzwyczajne Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich. Przedmiotem narad będzie wniosek pod względem połączenia Towarzystwa wydawniczego z mającém się utworzyć Towarzystwem lekarzy galicyjskich i krakowskich.

W Krakowie d. 19 listopada 1879.

Prof. Dr. Janikowski,
wiceprezes Stowarzyszenia.

(Nadesłane.)

W obecnéj zmiennéj porze roku katary i choroby płuc są na porządku dziennym, a wiadomo, że woda mineralna giesshübelska, czysta lub z mlekiem, słusznie zaleca się w tych cierpieniach jako środek skuteczny a przynajmniej łagodzący, nawet w przypadkach nader uporczywych kaszel usuwający.

Woda ta nadto oddziaływa korzystnie na sprawę trawienia, a wpływ ten uznany został przez lekarzy najznakomitszych; w tym celu stosują się także pastylki giesshübelskie, które jako środek przyjemny i przystępny zasługują głównie na uwzględnienie we wszystkich lżejszych zboczeniach trawienia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 478. **KONKURS.**

Na mocy uchwały wysokiego Wydziału krajowego z dnia 31 października 1879 do L. 42734 i w myśl §. 13 statutu rozpisuje się konkurs na opróżnić się mające z 1 stycznia 1880 r cztery posady sekundaryjuszów i jednę posadę asystenta lekarskiego przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie.

Posady sekundaryjuszów i asystenta lekarskiego, nadane będą tylko na lat dwa takim kompetentom, którzy się wykażą dyplomem Dra medycyny, lub dyplomem Dra wszech nauk lekarskich, uzyskanym na jednéj z wszechnic Państwa Austryjackiego.

Do posady sekundaryjusza przywiązaną jest płaca o rocznych 600 złr. w. a. z dodaniem opalonego mieszkania w szpitalu, zaś do posady asystenta lekarskiego płaca o rocznych 500 złr. w. a. bez wszelkich innych dodatków.

Ubiegający się o posady powyższe w podaniach swych winni oraz wykazać:

1. wiek, stan i miejsce urodzenia,
2. dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych,
3. stosunki pokrewieństwa lub powinowactwa z osobami w służbie krajowéj zostającemi.

Podania należy wnosić najdaléj do 12go grudnia 1879 do Dyrekcyi szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj Władzy przełożonéj, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznéj.

We Lwowie dnia 10go listopada 1879.

Dyrektor szpitala powszechnego **Głowacki.**

O sile leczniczéj prawdziwych

Wilhelma

przeciwdnawych przeciwgośćcowych

Ziółek krew czyszczących

przytaczamy następne pisma uznania:

Do Pana Franc. Wilhelma Aptekarza w Neunkirchen.

Naszály 18 grudnia 1875.

Pozwalam sobie wyrazić niniejszém moje podziękowanie za cudowny skutek jaki sprawiły Pańskie wyborne przeciwdnawe przeciwgośćcowe Wilhelma ziółka krew czyszczące. Wyleczyłem zupełnie temi ziółkami pewną Panię w Suttö mimo iż od trzech kwartałów leczyli ją najlepsi lekarze całéj okolicy, którzy jéj życia odmawiali. Przez kuracyję tę ziółka Pańskie tak w okolicy polubiono, iż Pan Józ. Török, Aptekarz w Peszcie Königsgasse 7, pewnie dużo ich włościanom z Suttö sprzedaje.

I w moim domu zdarzył się przypadek, że młody człowiek, w służbie u mnie zostający, dostał tak gwałtownego cierpienia dnawego, iż nie mógł ruszać ani ręką ani nogą, a przez użycie 3 paczek wybornych Pańskich ziółek i 2 pakiecików Pańskiego c. k. wyłacz. uprzyw. płynnego środka uśmierzającego „Bassorin“ zupełnie został wyleczony. I ja używam tych ziółek dwa razy na rok i jestem przekonany, że mi dobrze robią. Jeszcze raz wyrażając największe dzięki od wyleczonych zostaję z winnym szacunkiem **Michał Holdampf.**

Dzierżawca w Naszály o. p. Tottis na Węgrzech.

Wny Franc. Wilhelm, Aptekarz w Neunkirchen.

Londyn 5 stycznia 1876.

Od wielu lat używałem Pańskich przeciwdnawych przeciwgośćcowych, krew czyszczących ziółek Wilhelma, które mogły mię jeszcze jedynie od mego gwałtownego gośćca uwolnić.

Z szacunkiem **C. F. Born.**

Londyn 46 Museum Street obok British Museum.

Wny Franc. Wilhelm, Aptekarz w Neunkirchen.

Oroszmezö 9 stycznia 1876.

Nie mogę się powstrzymać od wyrażenia najgłębszego podziękowania Wielmożnemu Panu za nadesłane mi przeciwdnawe przeciwgośćcowe krew czyszczące ziółka Wilhelma bo przez całe lat dwa dotknięty byłem cierpieniem gośćcowém nóg, a Pańskiemi ziółkami krew czyszczącemi zostałem od nich uwolnionym co dotąd i na przyszłość do wiadomości publicznéj podaję. Uniżony sługa

Henryk Rubestörer. Poborca podatkowy.

Jedynie **prawdziwe** wyrabia

Franciszek Wilhelm, Aptekarz w Neunkirchen (Dolna Austryja).

Pakiet na 8 dawek podzielony według przepisu lekarza przyrządzony wraz z opisem użycia w różnych językach kosztuje 1 zlr. a. w. osobno na stempel i opakowanie 10 ct.

Ostrzeżenie. Przy nabyciu należy się zabezpieczyć przed oszukaniem i należy zawsze żądać: „Wilhelma przeciwgośćcowych przeciwdnawych ziółek krew czyszczących“ bo wyroby pojawiające się tylko pod nazwą przeciwgośćcowych przeciwdnawych ziółek krew czyszczących są tylko naśladowaniami, przed których zakupem zawsze ostrzegam.

Dla dogodności P. T. Publiczności można prawdziwych **Wilhelma przeciwdnawych przeciwgośćcowych ziółek krew czyszczących** dostać także w **Krakowie** u **Wiktora Redyka** Aptekarza, u **Józefa Trauczyńskiego** Aptekarza, u **Wilhelma Fenza** kupca.



ŻELAZO BRAVAIS

Przyjęte we (DIALYZOWANE ŻELAZO BRAVAIS) Zalecane przez wszystkich szpitalach. Przeciw wszystkich lekarzy.

NIEDOKRWISTOSCI, BLADACZCE, BEZSILNOSCI, OSŁABIENIU, BIAŁYM UPŁAWOM, ETC.

Żelazo Bravais (płyn żelazny w kroplach skoncentrowanych) jedyny srodek całkowicie wolny od wszelkich kwasów, bez smaku i bez woni, niesprawiający ani zatwardzeń, ani rozwolnien, zapaleń lub osłabien żołądka; *jedyny który zębów nie czerni. — Najbardziej ekonomiczny ze środków lekarskich żelazistych, jeden bowiem flakon starczy na cały miesiąc.*

Skład główny w Paryżu: **Ulica Lafayette, 13** (w pobliżu W. Opery) *i we wszystkich aptekach.* — We Lwowie, w aptekach PP. Mikolascha i Krzyżanowskiego. — W Krakowie, w aptekach PP. Trauczyńskiego i Redyka. — W Czerniowcach, w aptece P. Golichowskiego. — W Warszawie, w aptece P. D-ra Heinricha i w składzie materyłów aptecznych P. Mrozowskiego.

Choroby piersiowe i płucne

jakiegobądź rodzaju by one były usuwa najpewniéj według przepisu lekarskiego przyrządzony w Austro-Węgrzech, Niemczech, Francyi, Anglii, Hiszpanii, Rumunii, Hollandyi i Portugalii uprzywilejowany

Wilhelma

Schneebergski syrop ziołowy

Aptekarza Franc. Wilhelma w Neunkirchen.

Syrop ten okazał się jako bardzo skuteczny na **bóle gardła i piersi, grypę, chrypkę, kaszel i nieżyt.** Wielu odbiorców stwierdza, że tylko temu syrupowi zawdzięczają przyjemny sen.

Szczególnie uwagi godnym jest, syrop ten jako prezerwatywa przy **mgłach i ostrym powietrzu.**

W skutek nader miłego jego smaku jest pożytecznym dla dzieci, dla osób zaś chorych na piersi koniecznym, a dla śpiewaków i mowców przy głosie zajętym lub nawet chrypce potrzebnym.

Ci P. T. kupcy, którzy życzą sobie posiadać **prawdziwy** schneebergski syrop ziołowy przezemnie od r. 1855 wyrabiany zechcą zawsze żądać wyraźnie

Wilhelma Schneebergskiego syropu ziołowego.

Opis użycia dodaje się do każdéj flaszki.

Zapieczętowana **flaszka oryginalna** kosztuje **1 złr. 25 kr.**; a można ją zawsze nabyć w stanie świeżym u jedynego fabrykanta **Franciszka Wilhelma**, Aptekarza w Neunkirchen Dolna Austryja.

Za opakowanie liczy się 20 kr.

Prawdziwego Wilhelma schneebergskiego syropu ziołowego można jeszcze **tylko** nabyć u mojego odbiorcy w **Krakowie Wiktora Redyka** Aptekarza.

P. T. Publiczność zechce zawsze wyraźnie żądać Wilhelma schneebergskiego syropu ziołowego, bo ten tylko przezemnie prawdziwy bywa wyrabiany i ponieważ pojawiające się wyroby opatrzone nazwą Julijusza Bittnera schneebergski syrop ziołowy są niegodnym naśladowaniem przed użyciem którego wyraźnie ostrzegam.

APTEKA pod KORONĄ

J. TRAUCZYŃSKIEGO

w Krakowie

Utrzymuje wszystkie **wody mineralne** tak krajowe jak i zagraniczne zawsze świeżego czerpania.

Nadto utrzymuje na składzie zawsze **krowiankę styryjską.**

Prócz tego znajdują się zawsze na składzie: Pigułki Cauvina, Morisona, Blancarda z żelazem, Valeta z Digitalinem, Dra Croniera zadawane w newralgijach z pepsinem, rożczyn żelaza Lerasa, syrup wapna Grimaulta, syrup Churchilla z wapnem, żelazem, sodą; wino chinowe z Cacao Bugeaud, Quina Laroche. — MĄCZKA SZWAJCARSKA dla małych dzieci zastępująca zupełnie pokarm naturalny ordynowana przez wielu lekarzy. — INSTRUMENTA chirurgiczne, — BANDAŻE różnego rodzaju, pojedyncze i podwójne rupturowe, pępkowe, — PASY brzuszne kobiece, — PESSARIA, — POŃCZOCHY jedwabne na obrzekliny, — STETOSKOPY, — PLESSIMETRY — ODCIĄGACZE, pokarmowe dla kobiet, — PŁÓTNO kauczukowe, — FLASZKI do karmienia dzieci, — INHALATORY do wdychiwań przy gardlanych chorobach, — NARZĄDY do wdmuchiwań gardlanych, — PULVERYZATORY. — SONDY żołądkowe, — CATETERY, — BOUGIE, — PODUSZKI KAUCZUKOWE, KAPELUSIKI kauczukowe ochraniające bolesne brodawki u kobiet w czasie karmienia, — RESPIRATORY, — KLISOPOMPY metalowe i kauczukowe tak do lewatyw jak i do wstrzykiwań, — IRRYGATORY Dra Eguisiera, — WSTRZYKAWKI, — TUSZOWNICE. — WSTRZYKAWKI podskórne, — CIEPŁOMIERZE decimalne, — TRĄBKI do wzmocnienia słuchu, — KROPLOMIERZE, PĘCHERZE kauczukowe lub worki na lód, — SKUBANKA, — REZERWOARY moczowe, — KANKI kauczukowe, — SPECULA itd.

Na żądanie przesyła się cenniki franco.

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 29 listopada 1879. № 48. Rok XVIII.

I. O oddziaływaniu izogalwanicznem i izofaradycznem.

Podał prof. Dr. A. Adamkiewicz.

Podając wyniki badania elektrycznego choréj, któréj historyję w Przeglądzie Lek. (Nr. 40—44) szczegółowo opisałem, uczyniłem między innemi wzmiankę o tak zwaném „oddziaływaniu izofaradycznem“.

Mięśnie, które na prąd przerywany okazały się zupełnie niepobudliwemi, oddziaływały wyraźnie na prąd stały, i to jak mięśnie zdrowe wedle wzoru (KSz > ASz przy znaczniejszém nasileniu prądu), nie jak mięśnie chorobowo zmienione (wzór: ASz > KSz albo KSz > ASz przy bardzo słabych prądach).

Ciekawy ten sposób oddziaływania elektrycznego stanowi piękną fizyjologiczną analogiję z zachowaniem się mięśni zdrowych, lecz pozbawionych włókien nerwowych, i odpowiednio temu daje się z łatwością wytłumaczyć w sposób przezemnie wyjaśniony we wzmiankowanéj rozprawie.

Więcéj zagadkowe i jak dotąd ścisłemu tłumaczeniu fizyjologicznemu mało dostępne jest zachowanie się chorych mięśni przeciwne wyżéj podanemu, polegające mianowicie na zdolności oddziaływania na prąd przerywany, obok zupełnego braku pobudliwości na prąd stały. O tym to ostatnim sposobie oddziaływania podaję tu kilka uwag.

Sposób ten oddziaływania elektrycznego, które nazwę „oddziaływaniem izofaradycznem“, miałem sposobność spostrzegać u choréj liczącéj lat 38, która w lutym 1878 po przebyciu ciężkiego duru brzusznego dotkniętą została w następstwie lekkiém porażeniem obustronném odnóg dolnych. W październiku tegoż roku, zatém po upływie 9 miesięcy, przez który to przeciąg czasu zmuszoną była bez przerwy leżeć w łóżku, przybyła po poradę do kliniki chorób nerwowych w Berlinie. Nie mogła wtedy ani chodzić ani o własnych siłach stanąć; jedynie w położeniu na wznak zdołała wykonywać słabe ruchy w stawie biodrowym i kolanowym. Stopy i palce nóg znacznie ku podeszwie wygięte, były utrzymywane w tém nieprawidłowém ułożeniu przez trwałe skurczenie mięśni bliźniaczych łydki *(gastrocnemii)* i zginaczy palców, chora mogła je tylko z wielkiém wysileniem i bardzo niedokładnie zwrócić ku stronie grzbietowéj. Przy ruchach tych działały prawie wyłącznie mięśnie goleniowe przednie *(mm. tibiales antici)*, gdyż mięśnie piszczelowe *(mm. peronei)* nie dały się żadną miarą dobrowolnie wprowadzić w stan skurczu. Zresztą nic szczególnego nie dostrzegłem przy badaniu choréj: nie było najmniejszych zboczeń w sferze czucia, kurczów mięśniowych również nigdy nie zauważano. Pęcherz moczowy tudzież kiszka stolcowa funkcyjonowały zupełnie prawidłowo. Odruchy kolanowe prawidłowe.

Przy badaniu elektryczném części chorych postrzegłem następujące uwagi godne zachowanie się odnośnych mięśni: Mięśnie piszczelowe długie tudzież mięśnie bliźniacze łydek były dobrowolnie skurczone i oddziaływały tak na prąd przerywany jak i na stały, (wedle zwykłego wzoru KSz > ASz), jednak nader słabo. Na mięśniach prostownikach wspólnych palców *(mm. extens: digit. comm. longi)*, które obustronnie kurczyły się acz bardzo słabo za podnietą woli, wystąpił przy użyciu prądu stałego wyraźny odczyn zwyrodnienia (AS>KSz), podczas gdy prąd przerywany wywoływał skurcz tylko wspólnego prostownika palców łydki lewéj, nie działając wcale na takiż mięsień strony prawéj.

Nakoniec oba mięśnie goleniowe przednie kurczyły się tak dobrowolnie, jak pod wpływem prądu przerywanego, podczas gdy stosowanie najsilniejszego nawet prądu stałego okazało się bezskutecznem.

W celu szczegółowego zbadania tego zachowania się mięśni starałem się oznaczyć najsłabsze prądy, które działały na zdrowe mięśnie naszéj choréj i porównałem je z wynikiem takiegoż badania obu mięśni goleniowych przednich.

I tak np. występowało na obu mięśniach odkręcających długich *(mm. supinatores longi)* pierwsze oddziaływanie na prąd przerywany, przy największéj odległości obu cew przyrządu zaopatrywanego przez 2 ogniwa Leclanchégo, wynoszącéj od 12·0 do 12·5 cm. Na mięśniach goleniowych przednich stwierdziłem zupełnie taką samą pobudliwość na prąd

przerywany; najlżejsze skurczenie się tychże mięśni występowało przy odległości obu cew przyrządu wynoszącéj od 10·5 do 11·0 cm.

Co do oddziaływania na prąd stały zachodziła jednak między mięśniami wzmiankowanemi znakomita różnica: gdy bowiem mięśnie odkręcające długie *(mm. supinatores longi)* już przy użyciu prądu stałego o 14tu ogniwach (6° odchylenia igły galwanometru) poczynały wyraźnie oddziaływać wedle wzoru KSz, nie zdołałem na mięśniach goleniowych przednich *(mm. tibiales antici)* nawet za użyciem najsilniejszego prądu stałego (o 50ciu ogniwach = 40—42° odchylenia igły galwanometru) wywołać wyraźnego skurczenia.

Pod wpływem racyjonalnego leczenia, częścią stałym, częścią przerywanym prądem, uległo to uderzające zachowanie się w mowie będących mięśni znakomitéj zmianie. Mięśnie goleniowe przednie stawały się stopniowo coraz więcéj wrażliwemi na prąd stały, tak iż po dwumiesięczném leczeniu tylko z początku i chwilowo okazywały odczyn zwyrodnienia, dając następnie oddziaływanie prawidłowe, wedle wzoru KSz = ASz. W ślad za tém polepszał się i chód choréj, tak, iż w listopadzie 1878 opuściła zakład prawie zupełnie uleczona.

Wynik badania częściowo porażonych mięśni naszéj choréj stanowi o jeden dowód więcéj, że między pobudliwością dobrowolną, tj. od woli zawisłą, a pobudliwością względem prądu stałego tudzież przerywanego istnieje w saméj rzeczy cały szereg stopni i odcieni pobudliwości.

Okoliczność ta nadto potwierdza moje już dawniéj wyrzeczone zapatrywanie *), że pobudzenie mięśni podnietą woli, a zachowanie się tychże względem prądu elektrycznego są funkcyjami odmiennemi i od siebie niezawisłemi. Co więcéj, czuję się upoważnionym orzec, że między pobudliwością na prąd przerywany a pobudliwością względem prądu stałego zachodzi znakomita różnica, są one zatém niezawisłemi od siebie formami innerwacyi istoty kurczliwéj mięśni.

*) *Charité-Annalen 1879 IV Jahrgang: Adamkiewicz, Die Poliomyelitis-Bleilähmung.*
Deutsches Archiv für klin. Medicin 1866. Bd. II. Hft. I.

II. Dwa przypadki tracheotomii w dyfteryi.

Podał Dr. **Pieniążek**,
Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przypadek I. Dnia 8 lipca 1879 wezwał mnie Dr. Żuławski do dziecka, które leczył na dyfteryję gardziela, z powodu wystąpienia przypadków zwężenia krtani. Około 4téj popołudniu odwiedziliśmy razem chore dziecko, przyczém dowiedziałem się co następuje: Przed 2ma tygodniami zmarła mała siostrzyczka naszego pacyjenta śród przypadków zwężenia krtani z dyfteryi gardziela. Dnia 7/7 zaczął nasz pacyjent skarżyć się na ból gardła, a zawezwany Dr. Żuławski skonstatował zapalenie dyfterytyczne gardziela, 8/7 wystąpiło utrudnienie oddechu. Badanie uskutecznione przez nas obu okazało co następuje: Dziecko liczące lat 6 jest odpowiednio wiekowi rozwinięte, nie źle odżywione, blade, bez gorączki. Na migdałkach kilka białych dyfterytycznych okładów okrągławych nie dochodzących $^1/_2$ centa wielkości, same migdałki powiększone. Badanie laryngoskopijne, które mały pacyjent znosił wcale dobrze, nie okazuje żadnych nacieków na nagłośni, fałdach nalewek nagłośniowych, chrząstkach nalewkowych i więzadłach fałszywych, owszem części szyi wymienione przedstawiają się zupełnie prawidłowo. Natomiast spotykamy na więzadłach prawdziwych, a mianowicie w części zewnętrznéj ich górnéj powierzchni, przy ujściu kieszonki Morgagniego, z każdéj strony po jednym białym pasku, którego szerokość koło 1 mm. wynosi, a długość całą więzadłową część strun głosowych zajmuje; białe te paski uważać musimy za tworzące się błony wrzekome. Nie pokryte przez nie wewnętrzne części górnéj powierzchni więzadeł okazują się zaczerwienione, wolne brzegi więzadeł zaokrąglone. Przy wdechu widać, że te brzegi przechodzą bez pośrednictwa rozdzielającéj bruzdy w obrzmienie bocznych ścian krtani, które tuż pod głośnią występuje. Te ostatnie pozostawiają pomiędzy sobą szparę, zakończoną ostro ku przodowi i sięgającą prawie pod sam przedni kąt głośni, rozszerzającą się zaś ku tyłowi aż do wyrostków głosowych, gdzie do 3 mm. szerokości dochodzi i znów zwężającą się pomiędzy chrząstkami nalewkowemi; na przedniéj powierzchni tylnéj ściany nie ma żadnego obrzmienia. Ruchy więzadeł i chrząstek nalewkowych na zewnątrz są zupełnie prawidłowe. Wspomniane obrzęki podgłośniowe nie są pokryte błonami wrzekomemi, zabarwione zaś dość żywo czerwono. Odpowiednio stanowi opisanemu głos jest gruby i nieczysty, utrudnienie oddechu nie zbyt silne, cechujące się wydłużonym nieco wdechem, z szmerem zwężenia i wydłużonym cichym wydechem. Badanie narządów wewnętrznych nie okazało nic ważnego, prócz słyszalnego szmeru zwężenia, obok którego jednak i wdech pęcherzykowy dawał się wszędzie nad płucami słyszeć.

Zapisano dziecku *kali chloricum*, zwrócono uwagę na prawdopodobny napad silny duszności w nocy i zalecono na ten przypadek *cuprum sulfuricum* jako *emeticum*, zwróciwszy przytém uwagę na prawdopodobnie zajść mogącą konieczność uskutecznienia tracheotomii, która na razie za potrzebną uważaną być nie mogła, gdyż szpara pozostała do oddechu była jeszcze dość szeroką.

W nocy rzeczywiście wystąpił napad silnéj duszności, zadane *cuprum sulfur.* w ilości 0,2 nie sprawiło wymiotów, a duszność nieznaczna trwała przez cały tydzień, tak że popołudniu dnia 9/7 przystąpiliśmy do tracheotomii. Przed operacyją przedstawiało dziecko stan następujący: cała twarz blada, wargi sine, wdech męczący, wydłużony z głośnym szmerem się odbywający, wydech bardzo wydłużony i głośny choć bierny (tj. bez czynnego udziału mięśni wydechowych), dziecko znękane niespokojne i przytomne. Badanie laryngoskopijne, które dało się jeszcze dobrze wykonać, wykazało, że wspomniane białe okłady na więzadłach stały się blisko dwa razy szerszemi, a obrzmienia bocznych ścian krtani pod głośnią (wraz z dolnemi powierzchniami więzadeł) zwiększyły się tak, że pozostała między niemi szpara okazywała się znacznie węższą, niż dnia poprzedniego. W gardzielu stan niezmienny.

Przystąpiliśmy więc z kol. Żuławskim do tracheotomii. Operacyja była jak zwykle przez silnie rozdęte żyły utrudnioną, jedna poprzeczna gałązka żylna przecięta została podwiązaną, otwarcie drogi oddechowéj dokonane zostało przez wiąz stożkowy (*lig. conicum)* i chrząstkę obrączkową *(cart. cricoidea)*. Operacyja wykonaną była bez chloroformu i bez znieczulania miejscowego eterem, mimo to dziecko zachowywało się dość spokojnie i nie wiele krwi utraciło. Założono kaniulę kauczukową, a pod nią dwa szwy.

Po operacyi wkrótce powstały wymioty jednorazowe,

poczém dziecko było spokojne, oddychało dobrze, równie jak i następnego dnia tj. 10/7, wtedy jednak szyja opuchła, a okłady na migdałkach okazały się nieco większe.

D. 11/7 rano oddech swobodny, puchlina szyi jednak przechodzi na klatkę piersiową, popołudniu obfite rzężenia w tchawicy, oddech jednak swobodny. Wieczorem tegoż dnia przybywszy zastaliśmy dziecko zupełnie blade i bez oddechu, tony serca słabo słyszalne i tętno ledwo wymacalne. Ojciec dziecka oznajmił nam przy wejściu, że dziecko po pewném pasowaniu się z dusznością przed chwilą umarło; natychmiast wyciągnąłem kaniulę i wprowadziłem do tchawicy kateter elastyczny z odciętym i obrównanym, wygładzonym końcem, poczém wyssałem kilka kropel cieczy ropiastéj, choć nie gęstéj, a prócz tego zwity kłębek błon wrzekomych, który widocznie był przyczyną bezdechu. Wysysanie to powtórzyłem kilkakrotnie, jednocześnie zaś również jak i potém utrzymywałem sztuczne oddychanie, które tylko od czasu do czasu na chwilę przerywałem, aby auskultować serce i uważać czy samoistny oddech nie wystąpi. Dziecko, podczas tego było zupełnie nieprzytomne, leżało jak martwe. Wkrótce tony serca stały się wyraźniejszemi wreszcie zupełnie wyraźnemi, oddech samoistny jednak nie występował wcale, tak że sztuczną wentylacyję płuc daléj prowadzić musiałem. Po pewnym czasie spostrzegłem, że dziecko samo nieco oddychać zaczyna, wkrótce jednak znowu przestaje, aby po pewnéj chwili na nowo kilka razy odetchnąć. To peryjodyczne oddychanie składało się z okresu 4ch oddechów, z których pierwszy i ostatni płytsze, dwa zaś środkowe głębsze były; po okresie występowała pauza trwająca do $^1/_2$ minuty, a po téj takiż sam okres jak pierwszy występował. Po pewnym czasie, przez który częścią obserwowałem typowe oddychanie, częścią zaś skracałem trwanie pauzy przez wykonanie kilku sztucznych oddechów, (naturalnie przy kontroli pulsu i tonów serca), okresy zwiększyły się do 6ciu a potém do 8miu oddechów pomiędzy dwiema pauzami. Przez cały ten czas dziecko nie było wcale przytomne, dopiero po powrocie zupełnie prawidłowego oddechu zaczęła powoli i przytomność powracać. Od wystąpienia bezdechu do pierwszego samoistnego wdechu upłynęła więcéj niż cała godzina czasu, a przez cały ten czas oddychanie sztucznie było utrzymywane. Typowe oddychanie, które zupełnie odpowiadało t. zw. zjawisku oddechowemu, trwało 2—3 godzin, zanim regularne oddychanie powróciło. Całą noc dziecko oddychało swobodnie.

12/7 Puchlina szyi zwiększyła się jeszcze, przeszła po nad poziomą gałęzią szczęki dolnéj w okolicę ślinianki przyusznéj. Przytém spostrzegłem znowu utrudnienie oddechu, wdech ciężki z syczącym szmerem odbywający się, wdech przedłużony; żadnych rzężeń ani furczeń w tchawicy lub w kaniuli; dziecko blade, przytomne i spokojne okazywało jeszcze utrudniony oddech. Wieczór tegoż dnia objawy były jeszcze wybitniejsze, a dziecko zupełnie blade, leżało spokojnie w stanie pół przytomnym: usiłowania moje, aby utworzone w tchawicy błony rzekome końcem ściętym kateteru odskrobać i wyssać, pozostały zupełnie bezskutecznemi, wyssałem tylko odrobinę cienkiéj ropiastéj cieczy, czém jednak dziecku żadnéj nie sprawiłem ulgi. Wprowadziłem kateter jak mogłem najgłębiéj tak, że aż do podziału tchawicy doszedłem a oddech pozostał tak jak przedtém utrudniony; musiałem wreszcie dziecko pozostawić losowi, nie będąc w możności nic zdziałać przeciw zwężeniu oskrzeli, które tu już widocznie wystąpiło. Jakoż rzeczywiście tegoż dnia około godziny 10téj wieczór dziecko umarło.

Jeżeli przypadek ten podaję do publicznéj wiadomości, to nie dlatego, jakobym widział coś nadzwyczajnego w tém, że dziecko przy dyfteryi lub krupie operowane w trzy dni po operacyi w skutek zwężenia tchawicy i oskrzeli umarło; fakt to niestety zbyt częsty, aby go warto było opisywać. Do opisu niniejszego przypadku skłania mnie to, że dziecko przed tracheotomiją laryngoskopowałem, przyczém znalazłem w krtani niezwykłą przyczynę zwężenia. Już pierwéj, opisując laryngoskopowany przezemnie przypadek krupu u $5^1/_2$ letniego dziecka (*Wiener med. Blätter* 1878 J. Nr. 33) podniosłem, że wcale nie zawsze obfite błony wrzekome swoją ilością zwężenie sprawiają, że często, jak właśnie w moim przypadku, zgodnie z przypuszczeniem Niemeyera oraz z obserwacyjami Müncha i Ziemssena brak ruchomości więzadeł i chrząstek nalewkowych na zewnątrz, a więc pozostawienie ich w linii środkowéj, jest jedyną przyczyną zwężenia. Tamże podałem także własne zapatrywanie na ten stan i tłumaczenie, w jaki on sposób powstać może. Sądziłem jednak, że w ten sposób wyczerpnąłem wszystkie możebności zwężenia krtani w krupie. Zdziwiło mnie więc niemało, gdym w obecnym przypadku stwierdził zwężenie, które ani skutkiem masy błon rzekomych, ani skutkiem nieruchomości więzadeł i chrząstek nalewkowych, ale skutkiem obrzmienia dolnych powierzchni więzadeł i bocznych ścian krtani pod głośnią powstało. Zdziwienie moje było tem większe, że krupowe okłady na krtani zazwyczaj nie wywołują silnego obrzmienia, nawet części bezpośrednio zajętych a tém mniéj nieco od nich odległych. Nie ja jednak jestem pierwszym, który na możliwość wystąpienia podobnego stanu w dyfteryi lub krupie zwracam uwagę, albowiem Störk w swojém dziele: *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes, der Nase und des Rachens*, Stuttgart 1876, podobne opisy z badań laryngoskopijnych podczas napadów t. zw. pseudokrupu opisuje. Podaje on mianowicie, że podczas napadów rzeczonych znajdujemy obrzmienie więzadeł fałszywych albo przestrzeni międzydzynalewkowéj, a przy wyższych stopniach duszności nawet téj części błony śluzowéj, która od wolnych brzegów więzadeł na boczne ściany krtani pod głośnią schodząc obleka po drodze dalsze powierzchnie więzadeł. Daléj twierdzi Störk, że podobny stan z napadem pseudokrupu także w czystéj dyfteryi gardzieli wystąpić może. Do tego ostatniego rodzaju zdaje się i nasz przypadek należeć, z tą tylko różnicą, że i tu na samych strunach głosowych dyfterytyczna wypocina była obecną, o czém Störk wcale nie wspomina. Dodać tu muszę, że Störk nie ogranicza nazwy pseudokrupu do przypadków przemijających napadów duszności w biegu ostrego nieżytu krtani występujących, ale nazywa wszystkie te stany pseudokrupem, gdzie duszność u dzieci z objawami podobnemi do krupu występuje, gdzie jednak inne błony wrzekome są jéj przyczyną. Dla tego też podług Störka pseudokrup może sprowadzić śmierć przez zaduszenie i dlatego podług niego tracheotomija może być i w pseudokrupie konieczną. Być może, że w przypadkach Störka, gdzie w początku wystąpienia zwężenia samo tylko obrzmienie bocznych ścian krtani pod głośnią występowało, później tworzyły się także błony wrzekome, które jednak nie były przez niego widziane, z powodu, że zrobiwszy tracheotomiję nie miał już potrzeby męczyć dziecka laryngoskopowaniem, które po tracheotomii jest o wiele trudniejsze i cięższe do zniesienia. Być może, że i w naszym przypadku na 6 godzin przed pierwszém bada-

niem bylibyśmy samo tylko obrzmienie bez śladu błon krupowych znaleźli. Uwagi te naprowadzają nas na pytanie, czy tu obrzmienie błony śluzowéj było tylko następowe, wytworzonym błonom wrzekomym towarzyszące, czy też tworzenie się tychże poprzedzającém pierwotném zjawiskiem. Pytania tego nie jestem w stanie stanowczo rozstrzygnąć, podnieść tylko winienem, że widziałem przypadki, gdzie całe wejście krtani, cała głośnia lub tchawica, jednostajnie błonami wrzekomemi były pokryte a mimo to obrzmienie było wcale nie wielkie i to nie tylko w miejscach pokrytych przez błony, gdzie te ostatnie mogły ściągać tkaninę na wzór warstwy *collodium*, ale także i w ich sąsiedztwie. Dla czegóż więc tu dwa cieńkie pokłady tych błon, zaledwie 2 mm. szerokości mające i nie dosięgające nawet wolnych brzegów więzadeł, tak znaczne obrzmienie pod temiż brzegami wywołały? Być może jednak, że obrzmienie to towarzyszyło błonom wrzekomym, które już w tchawicy tworzyć się zaczynały, a których właśnie z powodu obrzmienia laryngoskopijnie stwierdzić nie było można. W każdym jednak razie na wysokości chrząstki obrączkowej zwężenia w chwili operacyi wcale nie było, a w dwa dni dopiero wystąpiło ono poniżéj rany operacyjnéj. Być może wreszcie, że pewne obrzmienie często poprzedza wytworzenie się błon wrzekomych, i że z takowém mieliśmy i w tym przypadku do czynienia; że dopiero późniéj na częściach obrzmiałych zaczyna się wytwarzać wypocina krupowa, która może nawet części te nieco ściągnąć, ugnieść i ich obrzmienie zmniejszyć, chociaż w tym razie grubością błon krupowych, lub nieruchomością więzadeł zmniejszenie obrzmienia na niekorzyść chorego wynagradza. Są to pytania nierozstrzygnięte dotąd, mało bowiem posiadamy obserwacyj laryngoskopijnych, zwłaszcza w samym początku rozwoju krupu u dzieci. Być jednak bardzo może, że obrzmienie stanowi tu pierwszy okres, pierwszy znak przejścia sprawy gardzielowéj na krtań: tak by się przynajmniéj wydawało z opisów Störka, który swoich chorych badał przy pierwszém wystąpieniu zwężenia krtani; późniéj być może, że wytwarzają się błony krupowe na miejscach obrzmiałych; z początku więc spotkamy obrzmienia obok tychże błon, jak w naszym obecnym przypadku, w końcu zaś może ostatnie pokrywają obrzmienia w zupełności i mogą je ugniatać, tak że części temi błonami pokryte o niewiele tylko okazują nam się grubszemi od zdrowych. Być wreszcie może, że zależy to od natury sprawy chorobowéj, od *genis epidemicus*, od indywidualności chorego itp, czy tworzenie się błon wrzekomych, czy obrzmienie przeważa. Puchlina szyi, jaka w naszym przypadku miała miejsce, mogła pochodzić od rany saméj, późniéj zaś od dyfterytycznéj wypociny na ranie; puchlina ta wystąpiła już drugiego dnia po operacyi, dyfteryję zaś na ranie trzeciego dnia spostrzeżono, nie wyklucza to jednak możliwości jéj istnienia już drugiego dnia po operacyi.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Zeissla (we Wiedniu): **Przyczynek do terapii zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj u mężczyzn.**
Streścił Dr. Obtułowicz w Turce.

Autor pouczony smutném doświadczeniem, że częstokroć lekarze starsi, a nawet i młodsi, zaszkodzili chorym dotkniętym wiewiórem przez używanie wręcz szkodliwych rękoczynów, szczególniéj zaś zanadto zgęszczonych roczczynów azotanu srebrowego, podaje wskazówki pod względem terapeutycznym i ocenia wartość tak leków nabierających w nowszych czasach rozgłosu, jakoteż rzuca trafny pogląd na wartość terapeutyczną endoskopii, skutkiem czego streszczenie tych punktów wytycznych na polu wykonawstwa lekarskiego nie będzie bez korzyści dla kolegów, szczególniéj zmuszonych do żmudnéj praktyki na prowincyi.

Znaną powszechnie jest rzeczą, że terapija zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj może być dwojaką, według tego, czy posługuje się leczeniem miejscowém za pomocą wstrzykiwań, albo też wprowadza do ustroju leki przeciwwiewiórowe drogą pośrednią, tj. za pośrednictwem dróg pokarmowych lub oddechowych.

1) Leczenie zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj drogą bezpośrednią. Każdemu choremu dotkniętemu chorobą powyższą polecić należy noszenie odpowiedniego woreczka podtrzymującego moszna (*suspensorium*) i zakazać używania piwa, wina szampańskiego i w ogóle napojów wyskokowych zawierających wolny kwas węglowy, ponieważ napoje te zwiększają bolesność towarzyszącą oddawaniu moczu. Nadto zabronić należy choremu obfitszego jedzenia wieczorem, zwłaszcza zaś kolacyi mięsnéj, jakoteż kąpieli nasiadowych późnym wieczorem, celem zapobieżenia pomazaniom nocnym pogarszającym stan chorobowy. W okresie ostrym tego cierpienia, odznaczającym się mocnemi bólami podczas oddawania moczu i kłuciem częstokroć w tylnych częściach cewki moczowéj, można śmiało chorym zalecić wstrzykiwania z bardzo słabych roczczynów soli ściągających i używanie letnich kąpieli całych lub nasiadowych, które to środki zdolają częstokroć nader szybko uśmierzyć bóle i usunąć lekką gorączkę towarzyszącą okresowi ostremu. Z pomiędzy całego szeregu środków ściągających pierwszeństwo niewątpliwie służy nadmanganezyjanowi potasowemu, który autor przepisuje:

Rp. Kali hypermanganici 0·02
Aq. destillatae 200·00
MDS. Wstrzykiwać 4 razy dziennie.

Rozumie się samo przez się, że przy wstrzykiwaniach należy z strzykawki zrobionéj z twardego kauczuku, a poleconéj przez autora, wystrzykać wprzód powietrze i uważać bacznie na działanie płynu wstrzykiwanego. Gdyby stan zapalny cewki wstrzykiwań nie znosił, co się objawia przez potęgujący się ból przy oddawaniu moczu, należy wstrzykiwań zaprzestać, a zadraźnienie koić za pomocą narkotyków najlepiéj wstrzykiwanych podskórnie.

Autor zauważył, że już po kilku wstrzykiwaniach nadmanganezianu potasowego ból się zmniejszał, a po 8 dniach przy użyciu tegoż środka cierpienie w zupełności ustępowało.

(Doświadczenia Zeissla w tym względzie mogę potwierdzić w zupełności na podstawie dość licznych doświadczeń przedsiębranych na klinice prof. Rosnera i ogłoszonych w Nrach 42 i 43 Przeglądu Lekarskiego z r. 1878, z tą uwagą, że znamienity wpływ nadmanganezianu potasowego przypisałbym raczéj znanéj jego i wybitnéj działalności przeciwgnilnéj, aniżeli ściągającéj. *Uwaga sprawozdawcy*).

Jeżeli po 8-dniowém użyciu tego słabego roczczynu nadmanganezianu potasowego nie widać znacznéj ulgi, należy zapisać 0·03 kali hypermang. na 200 wody, jednakowoż autor nie radzi nigdy przekraczać stosunku 0·15 : 200.

Ponieważ znaną jest rzeczą, że cewka moczowa łatwo przyzwyczaja się do leków do wnętrza jéj wstrzykiwanych,

przeto należy często rozczyny zmieniać chcąc szybko dojść do zamierzonego celu, tj. do wyleczenia. Jeżeli po 10—12 dniach nadmanganezian potasowy nie zdołał znakomicie zmniejszyć lub usunąć wydzieliny ropnéj, to przejść należy do słabego rozczynu siarkanu zynkowego.

Rp. Zinci sulfurici 0·30.
Aq. destillat. 200·00 stopniując zwolna do 0·50:200.

Jeżeli i te środki nie wystarczają, radzi autor używać leków w wodzie nierozpuszczalnych i w niéj tylko zawieszonych, jak Magisterium Bismuthi, Kaolinu lub środka Coopera:

Rp. Magisterii Bismuthi 5·00
Aq. destillatae 200·00
albo Rp. Kaolini puri pulverisati 5·00
Aq. destillatae 200·00
albo Rp. Sulfatis Zinci
Acetatis plumbi basici soluti
utrq. 2·00
Aq. destillatae 200·00
Przed wstrzykiwaniem dobrze zamięszać!

Pomyślne działanie tych zawiesin można tém wytłumaczyć, że proszek w nich zawarty wstrzyknięty do cewki zdaniem autora dostaje się aż do jéj części krokowéj i tam nieraz 2 tygodnie a nawet i dłużéj pozostaje, wywierając wpływ zbawienny przez bezpośrednie zetknięcie się z temi częściami cewki moczowéj, w których zapalenie usadawia się i utrzymuje najuporczywiéj. Proszek taki dopiero w dni kilka lub kilkanaście wydostaje się z cewki moczowéj wraz z moczem lub wydzieliną i chorych przerażać nie powinien.

Jeżeli mimo tego rodzaju leczenia jeszcze skąpa wydzielina z cewki się wydobywa zasklepiając z rana ujście cewkowe lub téż przy przestrzykaniu cewki czystą wodą wystałą widać w szklance zawierającéj oddaną potém wodę charakterystyczne nitki i przybłonki, to wówczas radzi jeszcze autor prócz wstrzykiwań zakładać do cewki świeczki elastyczne (*bougies*). W tym celu najlepiéj użyć świeczki zwężającéj się ku końcowi, zaopatrzonéj gałeczką na końcu, miernéj grubości odpowiadającéj Nrom 10—14 skali Charrièra, dobrze ją oliwą nasmarować, a dolny jéj koniec posypać proszkiem kaolinowym, bizmutowym (*Magist. Bismuthi*) lub skrobią, następnie ją wprowadzić do cewki, a doszedłszy przynajmniéj do żdziergacza pęcherza pozostawić ją w cewce przez 5 do 10 minut. Sposób ten uwieńczony był częstokroć skutkiem nader pożądanym nawet w wiewiórach bardzo zastarzałych i nigdy nie sprowadził nieprzyjemnych powikłań, w szczególności zaś nie stał się przyczyną wytworzenia się kamienia pęcherzowego, albowiem proszek nigdy po za ujście wewnętrzne czyli pęcherzowe cewki moczowéj się nie dostał, jak się o tém kilkakrotnie autor na zwłokach przekonał.

Jeżeli przy użyciu co dopiero wspomnianych środków jeszcze wyleczenie zupełne nie nastąpiło, natenczas autor radzi użyć wstrzykiwań z rozczynu ałunowego, garbnikowego, siarkanu kadmowego, octanu zynkowego, siarkanu miedziowego itp. i wprowadzać konsekwentnie sondy używane do śledzenia kamieni (*Steinsonden*) począwszy od numerów średnich aż do najgrubszych. Rozczyny środków wspomnianych zapisuje autor w następującym stosunku:

Rp. 1) Sulfatis Cadmii 0·30:200 aq.
2) Aluminis crudi 5·00:250 aq.
3) Sulfatis cupri 0·05:250 aq.
4) Acetatis plumbi basici soluti 5·00:200 aq.
5) Acetatis Zinci 1·00:250·00
6) Acetatis zinci, Tannini puri utrq. 0·50:200 aq.
7) Acetatis zinci 0·70
Trae Catechu 1·00
Trae opii simpl. guttas (X) decem
Aq. destillatae simpl. 200·00
8) Liquor. ferri sesquichlor. guttas viginti :200 aq.

lub też w końcu używa pręcików kaolinowych:

9) Pulv. Kaolini, Glycerini puri aa q. s. ut f. baccilli tenues longitudine pollicis Nr. XX.
DS. Codziennie po 4 dobrze oliwą posmarowane wprowadzić do cewki.

Jeżeli chorzy uskarżają się na mocne bóle wdłuż międzykrocza szczególniéj przy siedzeniu, to zapisuje się czopki z Extr. Belladonnae (Rp. Extr. Belladonnae 0·07, Butyri de Cacao q. s. ut f. suppositoria parva Nr. X. D. S. Po 1 czopku dobrze oliwą nasmarowanym wkładać 2 razy dziennie do rzyci), albo téż dodaje się do powyższych rozczynów 0·07 Morphii acetici, lub wreszcie poleca się wkładać do cewki czopki w postaci pręcików, zawierających morfin:

Rp. Morphii muriatici 0·07
Butyri de Cacao q. s. ut f.
baccilli tenues longitudine pollicis Nr. X.

(Powyżéj wymienione czopki stolcowe zdaniem sprawozdawcy są zanadto słabe, aby mogły wywrzeć zbawienny skutek, najlepiéj w tym względzie nadają się wstrzykiwania podskórne morfinu w okolicy międzykrocza (od 0·01 do 0·015 morphii hydrochlor.), lub gdzie to niepodobném, czopki stolcowe z Morphii muriat 0·10 na 6 czopków po 1—2 dziennie.)

Szczególniéj przestrzega autor, aby zawcześnie nie niecierpliwić się i nie polecać silnych rozczynów ściągających lub nawet żrących, zwłaszcza zaś silnego rozczynu siarkanu miedziowego lub azotanu srebrowego, środki te bowiem wywołują silną reakcyję, zwiększają ból, przedłużają cierpienie i powiększają bardzo skłonność do powstawania zwężeń cewki moczowéj.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Deutschmann: **Badania nad powstawaniem zaćmy.**

Autor dochodzi do następujących wniosków opartych na doświadczeniach:

1) Twardnienie soczewki w wieku późniejszym odbywa się wśród utraty wody, jak się o tém przekonać można za pomocą bezpośredniego porównawczego ważenia z oznaczeniem ilości wody zawartéj w soczewce.

2) Za życia otacza soczewkę ustawicznie cieniuchna warstewka płynnego białka, znajdująca się pod jéj torebką. Warstewka ta utrzymuje prawdopodobnie wymianę materyi pomiędzy soczewką a otaczającemi ją środkami, tj. ciałkiem szklaném i cieczą wodną, a to w ten sposób, że ona potrzebny materyjał odżywczy (istoty białkowate) od ciałka szklanego przejmuje, oddając mu w zamian wodę i sole, które sama pobiera z cieczy wodnéj, oddając jéj za to maleńkie ilości zużytego białka.

3) Przyczyny nienaruszonéj przeźroczystości soczewki w oku zdrowém upatrywać nie można ani w tak zwanym przybłonku przodkowéj torebki, ani w torebce, lecz w własnościach żywotnych saméj soczewki. Jak na teraz stwierdzić możemy tylko sam fakt, nie umiejąc jeszcze podać jego przyczyny. Po śmierci zaćmiewa się soczewka wśród rozpadu i

pęcznienia swoich pierwocin, przy czém białko soczewki dostaje się w ilości zwiększonéj po przez torebkę do cieczy wodnéj.

4) Zaćmiona kora zaćmy schyłkowéj zawiera znacznie więcéj wody, aniżeli soczewka przeźroczysta człowieka tego samego wieku pod warunkiem, że zaćma nie jest przejrzałą ani marską *(geschrumpft)*.

5) Składniki stałe soczewki dotkniętéj zaćmą schyłkową są zmniejszone w porównaniu z soczewką zdrową człowieka równego wieku.

6) Podczas dojrzewania zaćmy schyłkowéj zawiera ciecz wodna więcéj istot białkowatych, aniżeli w stanie prawidłowym.

7) Wydarzają się przypadki zaćmy u osób cierpiących przewlekły białkomocz, w których przypuścićby można związek przyczynowy pomiędzy białkomoczem a chorobą oka.

8) W jednym przypadku ostrego zapalenia nerek z bardzo mocnym białkomoczem a soczewką prawidłowo przeźroczystą nie można było w cieczy wodnéj, badanéj w godzinę po śmierci, wykazać zwiększonéj ilości białka.

9) Wstrzykiwania białka z surowicy krwi do komórki przodkowéj królika żywego nie wywołują zaćmy.

10) Należy więc przypuścić, że zwiększona ilość białka w cieczy wodnéj ócz dotkniętych zaćmą schyłkową pochodzi z soczewki, a nie uważać odwrotnie zaćmy za następstwo zwiększonéj ilości białka w cieczy wodnéj.

11) Przez powolne pęcznienie w wodzie parującéj soczewki ludzkiéj świeżéj a pozbawionéj torebki wywołać można zupełnie takie same makro- i mikroskopowe zmiany, jakie cechują zaćmę schyłkową.

12) Początku zaćmy schyłkowéj szukać należy w rozpadzie włókien soczewkowych wśród nienadwerężonéj soczewki ludzi wiekowych; dalszą zaś przyczyną tego rozpadu jest niejednostajne twardnienie soczewki w wieku późniejszym. Woda, którą oddaje twardniejące jądro — a od niego rozpoczyna się sprawa twardnienia — nie działa szkodliwie na soczewkę, jeżeli jéj twardnienie odbywa się jednostajnie, sprowadza zaś zaćmienie soczewki skutkiem pęcznienia jéj włókien, jeżeli twardnienie odbywa się niedostatecznie i nie jednostajnie. Do początkowego rozpadu w ten sposób wywołanego przyłącza się żywsza difuzyja pomiędzy zniszczonemi pierwocinami soczewki a otaczającemi ją środkami, mianowicie cieczą wodną. Soczewka oddaje cieczy wodnéj białko rozpuszczone, a za to przyciąga z niéj wodę, która następnie przyczynia się do niszczenia pierwocin soczewki skutkiem pęcznienia.

13) Czas potrzebny do dojrzenia zaćmy schyłkowéj, jako też jéj zbitość, zawisły od większéj lub mniejszéj zdolności pęcznienia, jaką posiada kora.

14) Spostrzeżenia kliniczne jak niemniéj doświadczenia pouczają, że pierwociny soczewki posiadają niezmiernie różną zdolność pęcznienia.

15) Badanie wykazuje, że marska (*geschrumpft*), przejrzała zaćma schyłkowa zawiera mniéj wody i mniejszą ilość stałych składników w porównaniu z soczewką prawidłową osób tego samego wieku. (*Graefe's Arch. f. Ophth. XXV*. 2. str. 213 — 242.) β.

W. Schlaefke: **O używaniu jodku potasu i kalomelu w okulistyce.**

W piśmiennictwie okulistycznem opisanych jest zaledwie kilka przypadków, w których równoczesne używanie jodku potasu wewnętrznie z zasypywaniem kalomelu do worka spojówki wywołało gwałtowne zapalenie oka. Ale i te nieliczne spostrzeżenia popadły w zapomnienie, tak, iż dotąd zbiór przypadków występujących po spotkaniu się obu tych leków na zewnętrznych częściach oka nie jest dostatecznie znanym, a przynajmniéj należycie uwzględnianym. Zwykłe podręczniki okulistyczne nie przestrzegają bynajmniéj przed równoczesnem używaniem obu tych leków, a w ogólności nie pokuszono się dotąd o wyjaśnienie tego zjawiska. Jeden tylko Bellini starał się rzecz zbadać bliżéj i robił w tym celu doświadczenia na zwierzętach. Autor zachęcony przez prof. Lebera postanowił rzecz tę bliżéj zbadać, a zwłaszcza za pomocą doświadczeń na zwierzętach wyjaśnić. Pomijając staranne zestawienie odnośnéj literatury, tudzież szczegóły przedsięwziętych doświadczeń, podajemy wnioski, jak je sam autor w końcu swojéj pracy zestawia:

1) Zjawisko, że kalomel zasypywany do oka podczas używania wewnętrznego jodku potasu wywołuje gwałtowne zapalenie w zewnętrznych częściach oka, stwierdziło wprawdzie doświadczenie kliniczne, mimo to popadło to zjawisko w zapomnienie i zdaje się być obecnie mało znanem.

2) Jodek potasu używany wewnętrznie rozchodzi się bardzo szybko po całym ustroju, pojawia się już po bardzo krótkim czasie w najrozmaitszych wydzielinach i wydalinach, a w cieczy łzowéj wykazać go można już po kilku minutach.

3) Jodek potasu podawany dwa razy dziennie po 0·5 wewnętrznie znajduje się ciągle w cieczy łzowéj człowieka w ilościach dających się wyraźnie wykazać.

4) Kalomel rozpuszcza się w wodzie w ilości bardzo małéj, w $^{3}/_{4}\%$ roztczynie soli kuchennéj zaś w ilości około 10 razy większéj.

5) Kalomel miałki zasypany do worka spojówkowego rozpuszcza się zwolna jako taki w ustawicznie wydzielanéj cieczy, działa więc chemicznie.

6) Jeżeli się zasypie do oka kalomel, a ciecz łzowa zawiera jodek potasu, to się tworzy jodek rtęciowy i jodek rtęciawy.

7) Oba stając się przy obecności soli kuchennéj rozpuszczalnemi działają żrąco i wywołują silne zapalenie.

8) Dlatego to wstrzymywać się należy dopóty od wszelkiego zewnętrznego stosowania kalomelu, dopóki ciecz wodna zawiera jod, tj. przez całą dobę po ostatniéj dawce jodku potasu. (*Graefe's Arch. f. Ophthal.* XXV, 2, str. 251 do 279). β.

J. Scriba: **Badania nad emboliją tłuszczową.**

Początek treściwéj rozprawy stanowią wyciągi z prac licznych poprzedników nad zatorami tłuszczowemi. Magendie (*Journal de Physiologie* T. I, 1821) pierwszy wywoływał zatory tłuszczowe u zwierząt wstrzykiwaniem tłuszczów płynnych. U ludzi odkrył je H. Müller w naczyniówce przy marskości wątroby. Odtąd badano daléj i B. Cohn znalazł zatory tłuszczowe w mózgu przypuszczając trojakie ich pochodzenie: 1) zwyrodnienie tłuszczowe samych ścian naczyń; 2) rozpad tłuszczowy mózgu, 3) przebicie ognisk miażdżycowych do wnętrza naczyń.

W naczyniach włosowatych płuc widział je najpierw Zenker 1862 r. u robotnika kolejowego, który się dostał między dwa wagony i doznał złamania żeber, pęknięcia wątroby i oderwania odźwiernika od żołądka.

Bergmann wstrzykując tłuszcz do naczyń spostrzegł,

że 1) tłuszcz zatyka naczynia przedewszystkiém w płucach, część jego przechodzi przez wątrobę i nerki i bywa z moczem wydzielaną, 2) tłuszcz nie zatrzymuje się stale w naczyniach, lecz część przechodzi dalej, a druga część przez ściany naczyń wnika w tkankę otaczającą, 3) niekiedy, zwłaszcza jeżeli się wstrzykiwania często powtarza, pękają w skutek zatorów tłuszczowych naczynia w płucach i tłuszcz z krwią dostaje się do pęcherzyków płucnych.

E. Wagner znalazł zatory tłuszczowe 15 razy w złamaniu powikłaném, 12 razy w ostrém ropieniu kości lub części miękkich, 15 razy w ciężkiém obrażeniu kości lub części miękkich z następową rychłą śmiercią, 6 razy w przewlekłém ropieniu.

Roser naciął okostnę kości udowéj w ostrém zapaleniu szpiku kostnego *(osteomyelitis acuta)*, i nie znalazł ropy, lecz ciecz surowiczo-krwawą i liczne krople tłuszczu. Przypuszcza zatém, że w rzeczonéj chorobie szpik jest pod wielkiém ciśnieniem, które tłuszcz płynny do kanalików Haversa wpędza tak, że się gromadzi pod okostną. Busch i Recklinghausen twierdzą, iż tłuszcz bywa wessanym przez naczynia krwionośne, a po części i przez limfatyczne, lecz nigdy nie wznieca zapalenia; ztąd też nie przypisują zatorom tłuszczowym wielkiego znaczenia. Śmierć następuje tylko tam, gdzie są liczne zatory. Cohnheim twierdzi, iż liczne zatory tłuszczowe sprowadzić mogą naciek, ale ściśle odróżnia zatory obojętne od drażniących (*reizlose und reizende Pfropfe*).

W r. 1873 przytoczył Bergmann pierwszy przypadek śmierci, gdzie już za życia rozpoznano zator tłuszczowy; a w r. 1876 znowu kilka ogłoszono przypadków. Odtąd coraz są częstszemi, przytaczają je Heschl, Hamilton i inni.

Flournoy badał w tym kierunku wszystkich zmarłych w Strasburgu w ciągu 4 miesięcy i w 250 sekcyjach znalazł 26 razy zatory tłuszczowe w płucach. Sądzi on, że tłuszcz z zewnątrz dostaje się do naczyń, jeżeli w ścianach są dość duże otwory, w sąsiedztwie ich jest tłuszcz płynny i istnieje siła wsteczna *(vis a tergo)*.

Tyle w części historycznéj; daléj podaje Scriba wyniki własnych doświadczeń. Aby się przekonać, czy zatory tłuszczowe wzniecają zapalenie lub nie, wstrzykiwał zwierzętom oliwę czystą i szpik kości roztopiony, przestrzegając Listerowskiéj czystości. Przy tym sposobie nigdy nie było zapalenia, przeciwnie gdy np. narzędzia były nieczyste.

Badał dalej mocz chorych w skutek złamania, po rękoczynach kości i na zapalenie ostre szpiku kostnego. Tłuszcz nigdy nie tworzył warstwy, lecz po dłuższém staniu tworzyła się na powierzchni moczu warstewka białawo-śluzowata, nieraz do 3 cm. grubości. Tylko 6 czy 8 razy pływało na powierzchni kilka kropli tłuszczu, w innych przypadkach zaś dopiero badanie drobnowidowe i chemiczne wykazało, iż powyższą warstwę stanowi zawiesina tłuszczowa. Autor przytacza badanie moczu w 34 przypadkach (24 złamania, 9 resekcyj i amputacyj, 1 zapalenie ostre szpiku kostnego), w których najczęściéj już drugiego dnia po nadwerężeniu znalazł tłuszcz, a mianowicie: 27 razy jako zwiesinę, a obok tego 9 razy w kroplach, zaś 7 razy nie było tłuszczu. Tłuszcz znachodził się najczęściéj od 2—6 dnia, potém znikał, około 8 dnia znowu na kilka dni się pojawiał już to obficiéj już to skąpiéj, poczém albo go już wcale nie było, albo też od dnia 18—21 znowu był w małéj ilości; a czasem po kilkudniowéj przerwie jeszcze czwarty raz się pojawił.

W dalszym ciągu przechodzi autor zmiany, jakie tłuszcz wywołuje w poszczególnych narządach i wskazuje drogi, któremi dostaje się do ustroju. Zgodnie z wielu innymi badaczami odróżnia autor zatory czyste od zatorów, w których obok płynnego tłuszczu znachodzą się masy rozpadowe, kryształki cholestearyny, bakteryje itd. Zatory te pochodzą albo z zakrzepów *(thrombus)* rozpadłych, albo z ognisk miażdżycowych i tam tłuszcz podrzędną odgrywa rolę. Aby powstały zatory czyste, potrzeba warunków już poprzednio przez Flournoya podanych. Warunki te znachodzą się przy nadwerężaniach kości, czy to się dzieje i przy obrażeniach części miękkich, pytanie jeszcze nie rozstrzygnięte.

Wreszcie zastanawia się autor, przez co przy zatorach tłuszczowych nastaje śmierć. Wagner uważa ropnicę za przyczynę śmierci, Czerny obrzęk płuc i zatory w mózgu, Scriba zaś sądzi, iż śmierć nastaje w skutek licznych zatorów w mózgu i rdzeniu pacierzowym. Jakież więc są objawy zatorów tłuszczowych?

Ciepłota bywa obniżoną, co już C. O. Weber i Schwick odkryli. Zjawisko to tłumaczy B. Cohn zatkaniem większéj ilości naczyń włosowatych płuc, przez co utleuienie krwi jest utrudnione, a Czerny jako drugą przyczynę przytacza zatory w mózgu, w skutek czego cierpi regulacyja ciepła. Obniżenie ciepłoty stoi w prostym stosunku do ilości zatorów, lecz wnet się wyrównywa. Gdy zaś w skutek zatorów następuje śmierć, wówczas ciepłota ciągle się obniża nawet o 5 stopni; ztąd autor wyprowadza wniosek, że tam gdzie ciepłota była podwyższoną, przyjąć nie można zatoru jako przyczyny śmierci.

Drugim objawem zatoru jest duszność, nastająca w skutek nagłego wykluczenia większéj ilości naczyń włosowatych płuc z wymiany gazów; stałym objawem bywa również obecność tłuszczu w moczu. Czasem występuje lekkie krwioplucie, najczęściéj bez stłumienia i rzężeń, nieregularne tętno, nadzwyczajna bladość skóry i błon śluzowych, z początku oddech płytki, potém tor oddechowy Stokesa, kurcze, upośledzone odruchy.

Twierdzenia swoje popiera Scriba licznemi doświadczeniami na zwierzętach, rozbiorami moczu 34 chorych i 177 nekroskopijami, które w odnośnéj literaturze znalazł. Wnioski wyprowadza autor bardzo logicznie, język jest piękny, styl gładki, ztąd z przyjemnością czyta się rozprawę. Jedna atoli okoliczność uderza czytającego, tj. że autor przytaczając rozbiory moczu chorych nie wspomina wcale, jakich używał ostrożności, aby tłuszcz z zewnątrz nie dostał się do moczu. Okoliczność ta uderza tém bardziéj, że w innych miejscach bardzo jest skrupulatnym, i tak np. szczegółowo opisuje, jak ostrożnie zwierzętom wstrzykiwał tłuszcz, jak starannie czyścił narzędzia, aby otrzymać czyste zatory. Szkoda, że również drobiazgowo nie opisuje sposobu, w jaki otrzymywał mocz chorych. *(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie XII. 1, 2, September 1879).* *Dr. Bogdanik.*

Prof. E. Ludwig (we Wiedniu): **O lokalizacyi arszeniku w organizmie zwierzęcym.**

Na podstawie doświadczeń czynionych na zwierzętach oraz na zwłokach samobójców (z otrucia arszenikowego zmarłych) L. dochodzi do następujących wniosków: W kościach arsen wykazać można w dość znacznéj ilości tak w otruciu ostrém, jako i przewlekłém; jako najdalszy termin, w którym arsen wykazać można w kościach po ostatniém użyciu go, oznacza termin 40-dniowy. Co się tyczy umiejscowienia

arsenu w innych organach, to do niedawna uchodziło za pewnik, że takowy przeważnie gromadzi się w wątrobie, podczas gdy w ostatnim czasie Skołozubów dowodził, że tak w otruciu ostrém jak i przewlekłém za pomocą kw. arsenawego główną siedzibą trucizny jest mózg i rdzeń pacierzowy, wątroba zaś i inne organa w téj mierze drugie dopiero zajmują miejsce. Skołozubów oznaczył nawet stósunek ten matematycznie, twierdząc, że w 100 gramach mięśni znachodzi się arsenu 1, w tyluż gramach wątroby 10·8, mózgu 36·5, rdzenia 37·3. — Otóż Ludwig doszedł do całkiem przeciwnego rezultatu; według niego w ośrodkach nerwowych znachodzą się tylko jak najmniejsze ilości arsenu w porównaniu z innemi organami; u zwierząt stosunek ilości arsenu znalezionego w ośrodkach nerwowych do ilości znalezionéj w wątrobie ma się jak 1:15, w jednym przypadku jak 1:13, u człowieka zaś jak 1:50, w jednym przypadku nawet jak 1:90. Rezultat ten ma o tyle znaczenie praktyczne, o ile Skołozubów na podstawie swych doświadczeń domagał się od lekarzy sądowych, aby na przyszłość zamiast wątroby wyjmowali mózg i rdzeń, jako przedmioty przez chemików badać się mające, podczas gdy Ludwig obstaje przy tém, aby jak dotąd tak i nadal badano głównie wątrobę, zwłaszcza gdy w niéj arsen wykryć można nawet i wtedy jeszcze, gdy takowego już w kościach wykazać nie podobna. (*Sprawozdanie z posiedz. Tow. lek. wiedeńsk.* z d. 21 listopada 1879. *Allg. W. med. Ztg.*, Nr. 47, także w *W. med. Blätter* Nr. 48 seq.) *L. B.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne XVII. z dnia 19go listopada 1879 roku.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 20 i 1 gość.

1) Przewodniczący powitał obecnego na posiedzeniu jako gościa Dra Józefa Bogdanika.

2) Kol. Grabowski sprostował wzmiankę zamieszczoną w protokóle z ostatniego posiedzenia towarzystwa z dn. 5 b. m., jakoby majątek towarzystwa wynosił około 2,000 złr.; po dokładném bowiem obliczeniu majątek towarzystwa naszego wynosi około 1,600 złr.

3) Przewodniczący wspomniał zmarłego w d. 11 bm. Dra Marcelego Dobrowolskiego członka czynnego tow. lekarsk., którego pamięci obecni oddali hołd przez powstanie.

4) Przewodniczący złożył do biblioteki towarzystwa dzieło 9cio tomowe p. t. Dykcyonarz powszechny medyki i chirurgii z r. 1740, jako dar pani Maryi Falęckiéj wdowy po śp. Dr. Józefie Falęckim C. T. lek., tudzież nadesłane przez Dra Gajkiewicza z Warszawy dwie prace p. t.: „O umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych“, odbitka z Medycyny z r. 1879, jakoteż „O marskościach wątroby“ (Medycyna 1877).

5) Przewodniczący przedstawił w imieniu komitetu stósownie do §. 42 Ustawy tow. lek. do wykreślenia z listy członków tych kolegów, którzy pomimo kilkakrotnego wezwania obowiązkom przyjętym zadość nie czynili. Są nimi Drowie: Brudziński, Coghen, Dobiński, Humiecki, Lorentski i Papieski.

6) Przedstawiono na członków towarzystwa: Dra Wilhelma Pisseka w Krakowie i Dra Władysława Gajkiewicza w Warszawie, a przyjęto przez głosowanie na członków towarzystwa Dra Józefa Durę w Krzeszowicach i Dra Józefa Bogdanika w Krakowie.

7) Kol. Zarewicz odczytał rozprawę kol. Glücka: O nowym sposobie leczenia dymienic za pomocą środka roślinnego zwanego *Sylphium cyrenaicum*, a kol Wasylewski uzupełnił odczyt opisem 3 przypadków w ten sam sposób leczonych. (Będzie umieszczone w Przegl. Lek.)

8) Kol. Ponikło odczytał obszerne sprawozdanie z przypadków suchót płucnych leczonych na klinice lekarskiéj krakowskiéj w ciągu ostatnich czterech lat. Z powodu spóźnionéj pory dyskusyję odłożono do następnego posiedzenia.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Wasylewski.*

V. Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**,

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 47.)

Inne jeszcze musimy tu poruszyć pytanie: czy należy wywoływać napady chorobowe sposobami sztucznemi?

W ogólności i ze stanowiska lekarskiego nie należy tego czynić, gdyż to sprzeciwia się zadaniu lekarza, a powtarzanie napadu nie jest obojętne dla stanu choroby późniejszego. Ze stanowiska nauki możeby nieraz przyszła komu ochota czynienia doświadczeń na chorym, lecz moralność nasza pozwala na to tylko tam, gdzie niema obawy wyrządzenia szkody na zdrowiu, a gdzie jest nadzieja zbadania dokładniejszego choroby saméj. Tak np. w klinice Frerichsa wyciągano małą kotwiczką kawałeczki mięśni z chorych na trichinozę; tak klujemy skórę, gdzie chcemy przekonać się o stanie jéj czucia itp. Otóż Charcot wywołuje stany hypnotyczne u swoich chorych nietylko dla zbadania wszystkich przypadłości, do jakich histeryja ciężka jest zdolną z natury swojéj, lecz także dla zbadania i leczenia kontraktur histerycznych. Wykazał on dosadnie znaczenie téj przypadłości, i udało mu się takową pod wpływem magnesu przenieść ze strony choréj na zdrową i przemieszczoną usunąć za pomocą prądów elektrycznych. Do tego zaś potrzebował dowodu, że nie tylko magnes wywołuje skurczenie przemieszczone, lecz proste potarcie albo dotknięcie mechaniczne mięśnia lub nerwu odpowiedniego uczyni to, jeżeli wykluczymy poprzednio świadomość, a względnie wolę choréj, czyli wprawimy ją w stan hypnotyczny. Jeżeli Charcot lub inny badacz czyni to w klinice z całą powagą i krytyką naukową w otoczeniu lekarskiém, to nigdy i pod żadnym warunkiem według mojego zdania niepowinien tego nikt czynić w praktyce prywatnéj, lub w otoczeniu nielekarskiém. Toby dało bowiem powód do poruszenia umysłów w kierunku mistycznym i do nadużyć niemoralnych i niehigijenicznych. Ze względu na rzadkość hsiteryi ciężkiéj, ze względu, że postacie kliniczne téj choroby prawie tylko w Salpêtrière znajdujemy takie, jak nam je Charcot przedstawia, potrzeba nam zrezygnować zawczasu ze sposobności studyjowania samodzielnego po naszych szpitalach zjawisk histerycznych indukcyjnych, czyli wywołanych. Czynić zaś próby na ladabądź jakim przypadku histeryi cięższéj, znaczy tyle co narobić wiele hałasu, dać przykład zły i niczego niedokazać, jak się to stało niedawno temu we Wiedniu.

Co się zaś tyczy zjawisk przemieszczenia przypadłości hysterycznych z jednéj połowy ciała na drugą, z choréj na zdrową, zachodzą jeszcze wątpliwości, czy zjawiska te są wszechstronnie zbadane i sprawdzone. Badania p. Vigouroux wykazały np., że jeżeli z płytką metalu skutecznego razem położymy płytkę innego metalu obojętnego, tak że ostatni leży na pierwszym, zjawiska przemieszczenia nie występują; jeżeli zaś pierwéj położymy metal skuteczny a po wywołaniu zjawisk przemieszczenia położymy na nim

inny metal nieskuteczny, zjawisko przemieszczenia utrzyma się i utwierdzi. Charcot znowu wykazał, że gdy metal nieskuteczny położymy obok metalu skutecznego pomiędzy tymże a ośrodkami nerwowemi, zjawisko przemieszczenia nie wystąpi; gdy zaś nieskuteczny metal leży na końcu obwodowym, a skuteczny bliżéj ośrodków nerwowych, zjawisko w mowie będące wystąpi bez przeszkody. Pokazało się także, że u ozdrowieńców pozornych metaloterapiją leczonych z hysteryi ciężkiéj powraca dawna nieczulica, barwoślep, niedowład połowiczy, pod wpływem właśnie metalu skutecznego, co nazywamy *anésthesie de retour*. (*Gazette médicale de Paris.* 1878, str. 451.)

Z doświadczeń poczynionych przez Eulenburga pokazuje się, że metaloterapija nie iest w każdym przypadku skuteczną (*Deutsch. med. Wochenschrift* 1878. Nr. 25 i 26.). Adamkiewicz osiągnął podobne rezultaty, jak metaloskopija, za pomocą pryszczydła; Thennes za pomocą lodu i wody gorącéj: nawet blaszki kościane i drewniane skutkowały tak jak błaszki metalowe (Westphal, Bennet: *Berl. klin. Woch.* Nr. 30, 1878; Brain, 1878, str. 331.). Z czego wynika, że potrzeba jeszcze same fakty lepiéj wystudyjować i wiadomość o nich należycie utwierdzić w opinii naukowéj, są bowiem tacy, ktorzy odnośne zjawiska przemieszczenia zaliczają częściowo lub całkowicie do sprawy wyobrażeń (Westphal, Hammond), niezarzucając jednak żadnego oszustwa.

J. Russel Reynolds opisuje przypadek porażenia poprzecznego, o którém twierdzi, że niezależnie od psychozy, hysteryi, hypochondryi, lub symulacyi, tylko z czystéj imaginacyi powstało. („*British medical journal*“, 1869, Nov. 6; Ziemssena księgozbiór T. XI. II, str. 401.) Ciekawy w tym względzie ustęp czytamy w Domricha „*Die psychischen Zustände*“ Jena 1849, str. 149. Powiada on tam: „*Der Glaube macht nicht nur selig, sondern auch krank und gesund*“. „*Wahre Virtuosen in Erregung mehr vorübergehender Störungen sind die Hypochondristen, die nicht nur voll von Einbildungen sind, sondern auch reale lebhafte Schmerzen, krampfige Contractionen, Störungen der Secretion u. s. w. in den Organen erzeugen, auf denen sie ihre Aufmerksamkeit anhaltend ruhen lassen*“. „*Wenden wir einer beschränkten Stelle der Haut unsere Aufmerksamkeit einige Zeit lang ungetheiltzu, so treten an derselben nicht bloss Empfindungen, sondern nach kürzerer oder längerer Zeit, auch Veränderungen der Blutvertheilung ein Versuche, welche ich wiederholt an mir selbst angestellt habe, ergaben mir das Resultat, dass die betreffende Stelle anfangs etwas blässer, dann aber röther wurde, worauf ziemlich lange eine juckende, brennende Empfindung zurückblieb*“. „*Leise Zuckungen in den darunter liegenden Muskeln treten auch leicht ein, namentlich wenn man daran denkt*“.

Przypuśćmy, że pewna czynność półkul mózgowych, wyrażająca się psychicznie przez pewne wyobrażenia, jest jednym z warunków lub zjawiskiem poprzedzającém zjawiska przemieszczenia u hysteryczek, to przecież dla tego zjawisko wywołane nieprzestaje być neurofizyjologicznem. Czyż zjawiska wyobrażeń w życiu układu nerwowego a względnie mózgu mają mieć dla fizyjologa lub patologa inne znaczenie jak zjawiska czucia, ruchu itp.? Jeżeliby tak było, że przez pobudzenie pewnych wyobrażeń można u hysteryczek wywołać pewne zjawiska obwodowe, to przecież i to zasługuje na dokładne zbadanie. Czyż wyobrażenia uważane przez nas jako zjawiska pewnéj czynności mózgowéj mają być inaczéj traktowane, jak inne zjawiska czynności nerwowych? Zostawmy sobie dualizm dla walki moralnéj o ideały naszego szczęścia, lecz we fizyjologii zjawiska realne nie mogą być dlatego podejrzanemi, że mają związek z wyobrażeniami chorego, że wyobrażenia chorego są przewrotne, z choroby saméj lub jak jego czucie i poruszenia wydzieliny i oddzieliny.

Niemniéj nie mogę się zgodzić na twierdzenie Hermanna (zobacz „Przegląd Lek. 1879, Nr. 39, str. 461), że zjawiska, które Charcot bada na swoich hysteryczkach, opierają się na „podaniach hysteryczek.“ Zjawiska w mowie będące nie opierają się na opowiadaniu hysteryczek, lecz na opowiadaniu ich ustroju, który przemawia zjawiskami rzeczywistemi. Byłoby to barbarzyństwem ze strony lekarza, nie wierzyć bólom dlatego, że się tyczą hysteryczki, lub nie wierzyć opadnięciu lub podniesieniu termometru, dlatego, że był w ustach hysteryczki, lub nie wierzyć że po zakłuciu skóry nie wystąpiła kropla krwi, któréj nie widzimy itp. Sądzę więc, że wydawanie wyroku o doświadczeniach Charcota, o których mowa, jest przedwczesne. Zjawiska muszą być poznane i sprawdzone powszechnie, zanim jakikolwiek sąd o doświadczeniach jego wyda opinija umiejętna; rzecz więc naturalna, że o tłumaczeniu zjawisk, o stawianiu hipotez co do ich przyczyny albo co do ich prawideł jeszcze mowy być nie może.

W oddziale Charcota na sali chorych przeważały podczas mojéj tam bytności, przypadki chorób rdzeniowych przewłoczne, w póżnym okresie. W klinicznym obrazie tych chorób rozpoznawano: uwiąd, twardziel, zapalenie następowe różnéj postaci chronicznéj. Było tam kilka przypadków zaniku stawowego, jaki niekiedy występuje w różnych chorobach mózgowych i rdzeniowych, głównie zaś w tak nazwanych suchotach rdzeniowych, jak to właśnie rzecz się miała w tym razie.

Choroba w mowie będąca poczyna się nagle, bez bólu, bez gorączki, od obrzęku całéj okolicy stawowéj ze wszystkiemi jéj częściami. Już w pierwszym tygodniu ten powszechny obrzęk ustępuje z części staw otaczających, a pozostaje tylko w samym stawie, w którym za kilka lub kilkanaście dni czuć chrzęszczenie, poczém znika nie tylko obrzęk lecz także przyrostki stawowe, które w tym czasie już się rozpadły. W tym uwiądzie biorą udział mięśnie przynależne, lecz jakkolwiek ścieńczeją, nie tracą jeszcze resztki swojéj kurczliwości, co umożliwia wykonywanie poruszeń dowolnych. Podczas poruszeń widzimy ruch kości (pozbawionych swojego stawu) przez skórę, z pod któréj sterczą zwichnione z położenia swojego. Tak u jednéj choréj z zanikiem stawu barkowego przy zginaniu w łokciu wyskakiwała kość ramieniowa po nad szczyt ramienia; u innéj, gdzie zanikły stawy barkowe, łokciowe, biodrowe i kolanowe, poruszenia przedstawiały obraz dziwny postaci ludzkiéj jakby połamanéj, kauczukowéj. Wszystkie poruszenia takie są niedowładne, nieprzydatne wcale ani do chodu, ani do rękoczynów, potrzebujących ilości znaczniejszéj sił mięśniowych i utwierdzenia w stawach i na kościach. Charcot zalicza tę chorobę stawów do zboczeń odżywczych, jakie w chorobach ośrodków nerwowych występują na narządach obwodowych, na skórze, w mięśniach, w przewodzie pokarmowym, w męcherzu itp. Ten rozpad i zanik stawowy przypomina zanik i rozpad małżowin usznych, czyli tak nazwany guz ucha krwawy, jaki postrzegamy w niektórych chorobach mózgowych, niemniéj odleżynę ostro powstającą pod postacią pseudoflegmo-

ny. Jeżeli odżywienie histologiczne od nerwów swoistych zawisło, to tego rodzaju katastrofa poszczególnych narzędzi oznacza niezawodnie śmierć odnośnych nerwów lub ośrodków odżywczych. Charcot mniema, że najbliższą przyczyną téj choroby stawowéj w suchotach rdzeniowych jest zanik komórek zwojowych szaréj istoty rogów przodkowych, mianowicie gromady tych komórek, leżącéj przy brzegu zewnętrznym rogów przerzeczonych. (Porównaj Charcota: „*Leçons sur les maladies du système nerveux*;“ ed: 3. T 1, str. 122).

List z Wiednia.

(Izby lekarskie i moje proroctwo. — Endoskopija i jéj bohaterowie. — Gorączka połogowa nieprzyjaciółką sekundaryjuszów szpitala powsz. — Gadatliwość dziennikarska i moja strata).

„*Sie kommen spat Graf Isolani, aber Sie kommen doch;*“ możnaby powiedzieć wydziałowi związku stowarzyszeń lekarzy rakuskich, który po długiém milczeniu dał wreszcie znak życia w sprawie Izb lekarskich. Petycyja jest gotowa i wkrótce ma być przesłaną obu Izbom Rady państwa i Ministerstwu spraw wewnętrznych. Nie koniec na tém. Stan lekarski bardzo skąpą ma liczbę przedstawicieli w Radzie państwa, gdyby zatém rzeczona petycyja nie znalazła zrazu dostatecznego poparcia, to mógłby zrządzić przypadek, że Izba przeszłaby z najzimniejszą krwią do porządku dziennego nad sprawą tak ważną nie tylko dla lekarzy ale i dla ogółu. Aby zatém nie pozostawić petycyi na los przypadku, Wydział powyższy wystosował odezwę do wszystkich stowarzyszeń należących do związku, aby one starały się wpłynąć na deputowanych i tym sposobem zgotować jéj dobre przyjęcie w pełnéj Izbie.

Obym fałszywym był prorokiem, ale mnie się zdaje, że sprawa Izb lekarskich następującym pójdzie torem: Rada państwa przydzieli petycyję osobnéj komisyi, która po długich dyskusyjach wybierze podkomisyję, a ta znów sprawozdawcę, który przy nawale pracy jako członek Komisyi bośniackiéj, podatkowéj, stemplowéj i kilku innych, nie będzie miał czasu dostatecznie się rozpatrzeć w rzeczonéj sprawie i w przyszłéj kadencyi będziemy znowu tam, gdzie teraz jesteśmy. Już my lekarze mamy we wszystkiém dziwne szczęście. Od nas wymagają niestworzonych rzeczy, kiedy jednak przyjdzie nam co dać, to musimy długo czekać, a w końcu nie tylko że niczego nie dostajemy, ale owszem umniejszają to, co jeszcze mamy. (Patrz taksę dla lekarzy sądowych i dyjety fizyków).

Uroniwszy łzę polityczną nad dolą lekarską, znów muszę uderzyć w surmę. Zaledwie umysły nieco ochłonęły po walkach sodanowo-będźwinowych, zaledwie rany prof. Meynerta po ciosach skalpelowych prof. Heschla poczęły się goić *per secundam*, już w zupełnéj zbroi stoją przeciw sobie prof. Dittel i Dr. Nietze z elektrycznie oświetlonym wziernikiem cewkowo-pęcherzowym z jednéj a prof. Auspitz ze zwykłym wziernikiem cewkowym z drugiéj strony.

Nie chcę nużyć szanownego czytelnika opisem téj „Endoskopijady,“ którą bez wątpienia już zna z wiedeńskich pism lekarskich, ale to ośmielam się powiedzieć, że obie strony mają niesłuszność, bo pierwsza i druga metoda badania dotychczas nie bardzo się rozpowszechniła między lekarzami. Najlepsi specyjaliści (Sigmund, Zeissl) porzucili po licznych próbach badanie cewki za pomocą dotychczas używanych wzierników; w nalepszym razie dużo jeszcze wody upłynie, nim ten sposób badania tak się rozpowszechni, jak w stosunkowo krótkim czasie badanie wziernikowe krtani.

Życząc obu stronom walczącym najlepszych sukcesów, opuśćmy pole bitwy i zajrzyjmy na chwilę do szpitala. Do kliniki położniczéj prof. K. Brauna nie mogę niestety łaskawego czytelnika prowadzić, bo gorączka połogowa w najlepsze się rozgościła i wydziera jedną ofiarę po drugiéj. Choroba ta jednak nie tylko nam przykrego figla spłatała, ale i sekundaryjuszom szpitala powszechnego przyszła nie na rękę. Jest tu zwyczajem, że prymaryjusze oddziałów położniczych sami sobie wybierają pomocników z pominięciem lekarzy pełniących służbę na innych oddziałach. Po czterolетniéj służbie szpitalnéj opuszcza zatém lekarz zakład, nie wiedząc nawet, czy istnieje jaki oddział położniczy. Przed kilku dniami podali więc sekundaryjusze prośbę do dyrekcyi, by w przyszłości każdy lekarz szpitalny przynajmniéj na 3 miesiące był umieszczonym na jednym z trzech oddziałów położniczych. Dyrekcyja wprawdzie jeszcze nie odpowiedziała, prawdopodobnie jednak gorączka połogowa będzie przyczyną, że powyższa prośba nie odniesie pożądanego skutku.

Oddział prof. Hebry objął przed trzema dniami zięć jego prof. Kaposi, którego wydział lekarski prawie jednogłośnie zamianował zastępcą.

Że się też przed dziennikarzem nic nie ukryje! W przeszłym liście pisałem o tajemnicach, o których sądziłem, że żadne ucho dziennikarskie ich nie usłyszy i żadne oko nie zobaczy. Gdzie tam, i o chorobie prof. Hebry (który się teraz nieco lepiéj ma) i o jubileuszu Dra Hoffmana pisano w gazetach nawet nielekarskich. Mógłbym się o to gniewać i nie pomału, bo gdyby nie gadatliwość tych panów, to miałbym jeszcze jaką nowinkę dla szanownego czytelnika, a dla siebie korzyść, że mógłbym dłuższy list napisać.

Wiedeń 24 listopada 1879 r. *Dr. L. Glück.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. Ospa nie zmieniła się w Londynie i w ubiegłym tygodniu. Leczyło się w szpitalach 50, świeżo zapadło 10. W Wiedniu umarło 4, w Budapeszcie 1, w Pradze 2. W Paryżu i Barcelonie umarło 22, w Bukareszcie 18, w Kadiksie 2. Odra jeszcze się wzmaga w Kopenhadze, umarło z niéj 34. w Londynie 63. Płonica szerzy się w Londynie, w Bukareszcie umarło 21. Tyfus panuje groźnie w Barcelonie, umarło od 2 — 8 listopada 21. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1, w Petersburgu 4.

W Krakowie umarło od 16 — 22 bm. z chorób zakaźnych 6 osób: 2 z ospy nieszczepionych (1 z ul. Poselskiéj L. 140 i z ul. Blichowéj L. 59), 1 z płonicy (w ul. Siennéj L. 198), 1 z dławca (w ul. Krakowskiéj L. 94), 1 z róży (w szpitalu), 1 z gorączki połogowéj (w szpitalu), a doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach ospy (w ul. Floryjańskiéj L. 365, w ul. Blichowéj L. 59, w ul. Wolskiéj L. 76, na Pędzichowie L. 60, na Smoleńsku L. 56), 3 ospicy (2 w ul. Gołębiéj L. 171, Straszewskiego L. 6, Franciszkańskiéj L. 164). 7 ospianki (5 na Placu W. Św. L. 147, w ul. Franciszkańskiéj L. 166, w ul. Straszewskiego L. 6).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 46 umarło w Krakowie na rok i 1.000 mieszkańców 33.2; we Lwowie 35,9; w Warszawie 28,0; w Poznaniu 25,0; w Wiedniu 23,7; w Budapeszcie 28,4; w Pradze 31,8; w Tryjeście 33,7; w Berlinie 21,2; w Monachijum 32,1; w Wrocławiu 25,1; w Hamburgu 23,5; w Dreznie 20,8; w Lipsku 27,1; w Genewie 19,4; w Bazylei 16,5; w Brukseli 29,7; w Paryżu 24,4; w Londynie 23,2; w Kopenhadze 34,4; w Stokholmie 23,9; w Chrystyjanii

18,0; w Petersburgu 29,7; w Odesie 38,0; w Bukareszcie 37,7; w Barcelonie 34,1; w Aleksandryi 37,8; w Nowym Yorku 19,7; w Bombayu 30,9; w Madrasie 34,1. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** dn. 27 listopada. Egzamin rządowy, uprawniający do ubiegania się o posadę w publicznéj służbie zdrowia, złożyli w terminie listopadowym pp. Drowie Antoni Coghen z Buska, Jan Filewicz z Kolbuszowy (celująco), Adolf Goldhaber z Mielca, Wincenty Nycz z Biały (celująco), Stanisław Ponikło z Krakowa (celująco) i Apolinary Tarnawski ze Lwowa.

* Wydział lekarski Uniw. Jagiell. na posiedzeniu w dniu 21 listopada uchwalił przedstawić Ministerstwu oświaty Dra Smoleńskiego Stanisława na asystenta przy zakładzie fizyjologicznym, i mianował Drda Szymkiewicza Kazimierza drugim asystentem przy zakładzie anatomii opisowéj.

* Temi dniami wyszły „Spostrzeżenia kazuistyczne" prof. Korczyńskiego (Kraków 1879. in 8vo m. str. 106). Jest to osobne odbicie 5 rozpraw autora, ogłoszonych w Przeglądzie Lek. w roku przeszłym i bieżącym (ostatnia z tych rozpraw drukuje się obecnie po niemiecku w *W. med. Presse*), a zarazem zeszyt IIIci zbioru prac wyszłych z kliniki lekarskiéj krakowskiéj, od czasu objęcia kierownictwa przez prof. Korczyńskiego. Zeszytu tego nabyć można w Administracyi Przeglądu Lek. oraz w księgarni Krzyżanowskiego po cenie 1 zła. Dochód przeznaczony jest na założenie funduszu wspierania ubogich chorych, opuszczających kliniki krakowskie. Pracę swoją dedykował autor pamięci nauczyciela swego prof. Karola Gilewskiego.

* Numer 47 *Allg. W. med. Ztg* zamieszcza rozprawę Dra Leopolda Glücka o próchnieniu kręgów kiłowém z oddziału prymaryjusza Zarewicza w Krakowie, oraz wykład Dra Warschauera o epidemiczném zapaleniu opon mózgordzeniowych, miany na Zjeździe lekarzy i przyrodn. niem. w Baden-Baden.

* Przypominamy, że w sobotę d. 29 bm. o godzinie 5téj popoł. odbędzie się w sali Akademii Umiejętn ogólne zgromadzenie nadzwyczajne Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lek. polskich i że przedmiotem narad będzie wniosek pod względem połączenia tego Stowarzyszenia z mającém się utworzyć Towarzystwem lekarzy galicyjskich i krakowskich.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. higijeny w Lipsku Hofmann wybrany został przez uniwersytet członkiem Izby panów król Saskiego. — Prof. Erb w Heidelbergu powołany został na drugiego prof. kliniki w Lipsku. — Prof. Czerny w Heidelbergu otrzymał tytuł tajnego radcy dworu.

* **Wiadomości osobowe.** W dniu 26 bm. otrzymał w Uniw. Jagiell. stopień Dra wszech nauk lekarskich p. Edward Zosel rodem z Brzeżan.

* **Nekrologija.** W Karlsbadzie umarł radca sanitarny Dr. Leopold Fleckles w 76 roku życia; był on tamże lekarzem zdrojowym przez pół wieku prawie.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 46: Sokołowskiego: O tak zwanych suchotach krtaniowych; Rzadkowskiego: Potwór bliźniaczy, czyli zroślak jednogłowy i jednopępkowy.

Piśmiennictwo lekarskie. BASSAGET J. A. Traite d'hématologie dynamique. 2 vol. 8. Montpellier, A. Delahaye. Fr. 20.

Bericht üb. d. kgl. gynaekol. Universitäts-Klinik v. 1. Nov. 1874 bis 1 Nov. 1877. Veröff. v. prof. Hildebrandt. gr. 8. Königsberg, Hartung. M. 2.

BERICHTE d. naturwiss.-medicin. Vereins in Innsbruck. 8 Jahrg. 1877. 2 u. 3 Hft. gr. 8. Innsbruck, Wagner. M. 4.80.

BISCHOFF, Th. L. W. v. Vergleichende anatom. Untersuchungen üb. d. äusser. weibl. Geschlechts- u. Begattungsorgane d. Menschen u. d. Affen. M. 6. lith. Taf. Abb. gr. 4. München, Franz. M. 3. 30.

BOURNEVILLE et P. REGNARD. Iconographie photogr. d. l. Salpêtrière T. 2. pet. 4. av. 39 pl. Paris, Delahaye Fr. 30. (cpl. Fr. 60).

BOYER J. Guérison de la phthisie pulmonaire et de la bronchite chronique à l'aide d'un traitement nouveau. 14. éd. In-8. Paris, Delahaye. Fr. $1\frac{1}{2}$.

— Études cliniques s. l. lésions corticales des hémisphères cérébraux. 8 av. 105 fig. Paris, Delahaye. Fr. 6.

BRESGEN M. Ueber d. Husten. Vortrag gr. 8. Frankfurt a./M. Alt. M. 0.80.

BRIAND J. E. CHAUDÉ et J. BOUIS. Manuel complet de médecine legale 10 éd. av. pl. T. 1. gr. 8. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 24.

CAUVY, le Dr., De la pneumocèle traumatique. 8 Paris. Delahaye. Fr. $1\frac{1}{2}$.

COURTY. Traité pratique des maladies de l'utérus. 3 éd. 1 part. av. 377 fig. Paris, Asselin. Prix de l'ouvr. compl. Fr. 24.

DELFAU G. Manuel complet des maladies des voies urinaires. 1 fasc. av. 68 fig. 18. Prix de l'ouvrage cpl. Fr. 10.

FOLLIN E. u. S. DUPLAY. Traité élémentaire de pathologie externe av. fig. T. VI. fasc. 1 gr. 8. Paris, Masson. Fr. 4.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 3 grudnia posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Kwaśnicki odczyta opis przypadku odmy płucnéj, leczonéj w szpitalu św. Ludwika. Następnie przedmiotem obrad będzie sprawa połączenia Towarzystwa naszego z Towarzystwem lekarzy galicyjskich, dla któréj pożądaném jest jak najliczniejsze zgromadzenie się kolegów.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 6 grudnia 1879. № 49. Rok XVIII.

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.

Choroby narządu oddechowego.

11. Rozedma płuc (*Emphysema pulmonum*).

Opracował Dr. St. Smoleński.

Oznaczenie względnéj częstości téj choroby, według ilości przypadków postrzeganych i leczonych w klinikach i szpitalach, bardzo małą tylko może miéć wartość statystyczną. Nasamprzód bowiem rozedma płuc jest częstokroć chorobą następową, a więc pewna część chorych dotkniętych takową musi być w wykazach klinicznych umieszczoną w rubrykach odpowiadających chorobom pierwotnym i głównym; powtóre choroba ta, o ile w późniejszych swych okresach jest jedną z najdolegliwszych, o tyle w wcześniejszych pozwala chorym dziesiątki nieraz lat względném cieszyć się zdrowiem, czém tłumaczy się bardzo późne stósunkowo zgłaszanie się do szpitalów chorych rozedmą płuc dotkniętych; wreszcie ilość chorych zależy w części od możności pomieszczenia w szpitalu wszystkich chorych, z rozedmą płuc zgłaszających się. Gdy się tego nie uwzględni, łatwo popaść w błąd, że się na podstawie wykazów szpitalnych procent chorobowości oznaczy za niski, śmiertelności za wysoki.

Liczba przypadków rozedmy płuc wynosiła w klinice stałéj 36 (23 mężczyzn, 13 kobiet), co stanowi 5·8% wszystkich chorych, 18·2% chorób narządu oddechowego, śmiertelność zaś 12·1%.

Daleko lepsze wyobrażenie o częstości rozedmy płuc nabrać można z kliniki ruchoméj, lubo i tu namienić wypada, że chorzy zgłaszali się zazwyczaj dopiero wtedy, gdy rozedma płucowa sprawiała im już znaczniejsze dolegliwości. Z tego powodu, jak niemniéj dla daleko większéj ilości przypadków, jaką rozporządza klinika ruchoma, wnioski o stósunkach ajtyjologicznych ogólnych oparto na materyjale kliniki ruchoméj:

Z pośród 4364 chorych okazywało rozedmę płucową 446 czyli 10·2% wszystkich chorych, a 35·6% przypadków z chorobami narządu oddechowego. Liczba ta jest bardzo znaczną i w porównaniu z poliklinikami innych uniwersytetów wykazuje wymownie, jak bardzo często przydarza się u nas rozedma płucowa*). Liczba mężczyzn wynosiła 329 (73·70%), kobiet zaś 117 (36·3%), co w odniesieniu do ogólnéj liczby mężczyzn, która jak poprzednio wspomniano, wynosi 60% chorych przychodnich, wykazuje dobitnie, że płeć męzka daleko częściéj podlega téj chorobie, aniżeli płeć żeńska. Zależy to bezsprzecznie od warunków zewnętrznych zatrudnienia i sposobu życia, który w naszych klasach pracujących wykazuje tyle uchybień higijenicznych.

Odnośnie do ogólnéj liczby chorych z rozedmą płucową, chorzy od 10—20 roku życia stanowili 1·6%, od 20 do 30 r. ż. 12·1%, od 30—40 r. ż. 16·1%, od 40—50 r. ż. 29·1%, od 50—60 r. z. 30%, od 60—70 r. 11·6%, od 70 do 80 r. ż. 1·6%; — z czego wynika, że najwięcéj chorych zgłaszało się między 40 a 60 rokiem życia (prawie 57%), lubo i wiek męzki od 20—40 r. ż., dostarczył również dość znacznéj liczby (przeszło 28%) rozwiniętych przypadków rozedmy. W klinice stałéj wiek najmłodszy wynosił 25, najpóźniejszy 77 lat.

Chorzy z rozedmą płucową zgłaszali się do ambulatoryjum klinicznego najliczniéj w maju i listopadzie, najmniéj liczono w grudniu; z czego tylko wnosić można o częstości pogarszania się nieżytu oskrzelowego, najczęściéj chorym tym dokuczającego, osobliwie jeżeli się uwzględni, że chorzy z wybitnym nieżytem oskrzelowym stanowili 84·3%, bez wybitnego nieżytu 7·8% wszystkich chorych.

*) W oddz. chorób wewn. Szpitala św. Łazarza od r. 1871 — 1875 liczba chorych dotkniętych rozedmą płucową wynosiła 367, co stanowi 5·6% wszystkich chorych, a 29·4% chorób narządu oddechowego. Śmiertelność wynosiła 24%, co świadczy, w jak późnym okresie choroby przyjmowano chorych do szpitala.
Dr. Korczyński.

Co do zatrudnienia: przeważna część chorych należała do stanu roboczego, (służący, stróże nocni, woźni itp.). Mylném jednak byłoby wyciągać ztąd wnioski o (niewątpliwym zresztą) wpływie sposobu życia i zatrudnienia na powstawanie rozedmy płuc, gdyż przeważna liczba wszystkich chorych w klinice do stanu roboczego należy.

Co do przyczyn bezpośrednich (*causa proxima*) powstawania rozedmy płuc, to zwracano zawsze uwagę na rodzaj rozedmy, tj. czy była tylko zastępczą (*emphysema vicarium*), czy samoistną (*emph. essentionale*), lub nareszcie schyłkową (*emph. senile*).

Przypadków do rozedmy zastępczéj należących na tém miejscu nie uwzględniamy, gdyż umieściliśmy takowe w rubrykach chorób pierwotnych. Zauważyliśmy ją najczęściéj w zapaleniu płuc interstycyjalném i w suchotach płucowych z przebiegiem przewlekłym.

Rozedma samoistna częstokroć powstaje zrazu jako t. z. zastępcza, a następnie już i po usunięciu pierwotnéj przyczyny jako rozedma samoistna rozwija się i postępuje. Dość liczne mamy np. zanotowane przypadki rozedmy, w których chorzy przed laty przebyli zapalenie płuc dławcowe lub zapalenie opłucny, i odtąd nigdy już nie pozbyli się duszności i kaszlu, mimo że pierwotnych chorób znikły wszelkie ślady. Przytoczymy jeden z licznych przykładów:

J. W., l. 40, stróż kamieniczny. Przed 5 laty „po przeziębieniu się" przebył w klinice zapalenie płuc dławcowe, (chorował wówczas 5 tygodni); od tego czasu uczuwa wzmagającą się duszność i kaszle. Przed 6 dniami dreszcz, gorączka, ból głowy, kaszel dokuczliwy; badanie wykazuje rozedmę płuc dość znacznego stopnia, prócz tego liczne rzężenia i furczenia nieżytowe. Rozpoznano: *Bronchitis exacerbans in individuo emphysematico.*

O takimże przypadku wspomina Hertz (*Ziemssens Handb.* V. 347). Można tu przypuścić, że zapalenie dławcowe pozostawia niekiedy pewne zmiany w utkaniu pęcherzyków, skutkiem czego miąższ płucny nie zdoła już stawić dostatecznego oporu wewnętrznemu uciskowi powietrza.

Najczęściéj rozwijała się rozedma płuc z przewłocznego nieżytu oskrzelowego, przeważna bowiem część chorych podaje, że przed laty kilku (a nawet kilkunastu lub kilkudziesięciu) choroba rozpoczęła się od kaszlu, a dopiero po pewnym czasie przystąpiła duszność i dalsze następstwa rozedmy. Możnaby przypuścić, że długotrwały nieżyt oskrzelowy wywołuje drogą wprost mechaniczną rozedmę płucową, zgodnie z najstarszą teoryją Laenneca (teoryja wdechowa), bronioną przez Biermera (*Lehrb. der respir. Therapie* 1872, str. 479—skutkiem zwężenia oskrzelików, utrudniającego zwłaszcza wydech). Inni powstawanie rozedmy skutkiem nieżytu oskrzelowego tłumaczą nie mechanicznemi zawadami w oskrzelach, lecz następstwami nieżytu (kaszel, napady astmatyczne, krztusiec, teoryja wydechowa, Jenner, Mendelsohn, Ziemssen). Które z tych tłumaczeń jest więcéj uprawnionem, trudno orzec na podstawie obserwacyj klinicznych, gdzie już z rozedmą w późniejszych okresach mamy zazwyczaj do czynienia. W ogóle wszystkie teoryje chcące jednostronnie tłumaczyć (np. tylko mechanicznie) powstawanie rozedmy płuc, są niewystarczające. Również jednostronném jest tłumaczenie Villemina (*Arch. gén. 6. Série VIII. p. 571. Nov. 1866* i *Journ. d'Anat. et de la Physiol. V. p. 505. Sept. et Oct. 1866*), według którego rozedma pł. ma być następstwem jedynie zmian odżywczych w płucach (przewlekłego zapalenia ścian pęcherzyków płucnych z następowém tychże zwyrodnieniem), — J. Langego (*Ueb. d. substant. Lungenemphysem etc. Dresden* 1870), ktory powstawanie rozedmy pł. tłumaczy porażeniem nerwów oskrzelowych, jak niemniéj Bayera (*Arch. d. Heilk.* XI, 362), że rozedma płuc nastaje skutkiem zmian w krążeniu w zakresie tętnicy płucnéj. Ostatnie tłumaczenie możnaby tylko zastósować do rozedmy wiekowéj; w ogóle zaś powiedzieć można, że rozedma pł. jest następstwem pewnéj sumy tak mechanicznych jako i odżywczych czynników, między któremi jużto jedne jużto drugie mogą przeważać.

Przykładów dla rozedmy pł. dziedzicznéj (Johnson, *Brit. med. Journ. June* 27. 1868 p. 628) ani téż dla rozedmy powstałéj jedynie skutkiem pierwotnéj zmiany odżywczéj w chrząstkach żebrowych (Freund, *der Zusammenhang gewisser Lungenkrankh. mit primären Rippenknorpelanomalieen. Erlangen* 1859) w naszych przypadkach nie było, podczas gdy w 3 przyp. (1 w klin. stałéj a 2 w ruchoméj) rozedma była niewątpliwie następstwem dusznicy (*asthma bronchiale*).

Z objawów, kaszel postrzegano we wszystkich przypadkach w mniejszém lub większém natężeniu. W przypadkach, w których rozedma rozwinęła się skutkiem długotrwałego nieżytu oskrzelowego, możnaby kaszel uważać nie jako objaw rozedmy pł., lecz wraz z nieżytem oskrzelowym jako chorobę samodzielną — współrzędną. Że jednak i w tych przypadkach rozedma pł. przez same zmiany anatomiczne, jakie w płucach wywołuje, nieżyt oskrzelowy — a więc i kaszel — już istniejący potęgować musi; — tudzież ponieważ w niektórych przypadkach (rzadkich zresztą) rozedma pł. powstać może bez poprzedzającego nieżytu oskrzelowego, który dopiéro późniéj jako następstwo rozedmy się rozwija: — przeto tak nieżyt oskrzelowy jak i kaszel jako objawy rozedmy pł. słusznie uważać można.

Plwociny, odpowiadające w zupełności plwocinom w przewlekłym nieżycie oskrzelowym, były w przeważnéj liczbie przypadków śluzowo-ropne, — jużto więcéj płynne jużto w bryłkach (*sputa cocta*). Drobnowidowo wykazać było można ciałka krwi białe obok przybłonka płaskiego, jużto dobrze zachowanego, jużto wstecznie przeobrażonego. Inne składniki pojawiały się rzadziéj, lub były domieszką przypadkową: tu należy krew w plwocinach, w kilku naszych przypadkach postrzegana. Krew pojawiała się w prążkach i kropelkach, niekiedy zaś dość dokładnie z resztą plwocin zmięszana; pochodziła najprawdopodobniéj z przepełnionych naczyń włosowatych błony śluzowéj oskrzeli. O krwawéj plwocinie w rozedmie pł. wspominają również Greenhow (*Schm. Jahrb. CLXIII* p. 177), Hauff (tamże p. 259) Johnson (*Brit. med. Journ. June 2. 1868*) i i.

U jednego z chorych, J. B., l. 58, dotkniętego wyższego stopnia rozedmą, znajdowały się w plwocinach obok prążków krwawych maleńkie grudki, pod drobnowidem przedstawiające się jako konglomeraty ciałek podobnych do białych ciałek krwi. Każdy z tych konglomeratów składał się z kilku dośrodkowo ułożonych pierścieni, przez owe ciałka utworzonych. — Sekcyja wykazała śród miąższu płucowego w dolnéj części płuc liczne drzewkowate wyrostki wapienne; błona śluzowa oskrzeli przekrwiona, pofałdowana. Badanie chemiczne wykazało: węglan wapniowy w tkance włóknistéj złożony, obok barwika w większéj ilości nagromadzonego.

Objawem prawie stałym, zwłaszcza w przypadkach rozedmy późniejszéj, była duszność (któréj przyrody wydechowéj dowiedli Biermer i Waldenburg). W kilku przy-

padkach — o ile polegać można na wywiadach, — duszność stanowiła pierwszy objaw rozedmy (przed pojawieniem się kaszlu), co Villemin (*Arch. gén. 6. Sér. VIII. p. 579)* tłumaczy pierwotnym rozrostem jąder między naczyniami włosowatemi i następowym uciskiem na też naczynia. W przypadkach późniejszéj rozedmy duszność tłumaczy się prócz tego zmniejszeniem powierzchni oddechowéj i zmniejszoną sprężystością pęcherzyków płucnych, przez co skutkiem niedostatecznego wydechu również i podczas wdechu niedostateczna ilość powietrza dostaje się do pęcherzyków; nareszcie jest tu ważnym czynnikiem zmniejszenie ilości krwi przez płuca przepływającéj. Ostatecznie powstawanie duszności redukuje się albo do przepełnienia krwi kwasem węglowym albo do braku tlenu. W tłumaczeniu tego objawu ważne są najnowsze doświadczenia Konrada Möllera (*Zeitsch. f. Biologie* XIV. 542), wykonywane w przyrządzie Pettenkoffera na chorych dotkniętych chorobami, które zmniejszają powierzchnię oddechową, jak rozedma, suchoty, wypociny opłucnowe. Z doświadczeń tych wynika, że do pewnego okresu chorzy przyjmują równą ilość O i wydalają równą ilość CO_2 jak w stanie prawidłowym, co nastać może tylko skutkiem przyspieszenia i większéj głębokości ruchów oddechowych, wzmożenia się czynności serca i rozszerzania się naczyń krwionośnych w płucach. Wyrównanie to trwa jednak tylko do pewnego czasu.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Dwa przypadki tracheotomii w dyfteryi.

Podał Dr. **Pieniążek**,
Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48.)

Podnieść tu jeszcze winienem powstanie asfiksyi u naszego pacyjenta, przeciw któréj na razie skutecznie wystąpić byłem w stanie; przyczyną takowéj były oderwane i w kłębek zwinięte błony wrzekome, które światło tchawicy i kaniuli zatkały, po sztucznem usunięciu téj przeszkody oddech jednak nie wrócił, gdyż dłuższy brak tlenu sprowadził był już porażenie ośrodków oddechowych, skutkiem tegoż braku zaczynał już słabnąć ruch serca i byłby niezawodnie mimo usunięcia przeszkody oddychania wkrótce ustał. Temu zapobiedz było zadaniem sztucznego oddychania, które też przez całą godzinę przeszło prowadzone, mimo trwania porażenia ośrodków oddechowych, nie dopuszczało braku tlenu i nagromadzenia się kwasu węglowego we krwi i w tkaninach. Odbywało się tu to samo, co w pracowniach patologii doświadczalnéj, gdzie zwierzę otrute kurarą, która sprowadza porażenie mięśni oddechowych, zostaje utrzymane przy życiu przez sztuczną wentylacyję płuc, przez którą niedopuszczamy braku kwasorodu i serce bić nie przestaje, a przy długiem przeciągnięciu się doświadczenia w miarę eliminacyi (drogą moczu) kurary z organizmu, zaczyna porażenie mięśni wdechowych ustępować i samoistny oddech się pojawia. Podobnież było i w naszym przypadku; po całogodzinnéj wentylacyi płuc, ośrodki oddechowe dostając już krwi zawierającéj tlen, zaczęły powoli ocucać się ze stanu porażenia, w który były popadły, czułość ich zaczęła wracać i gdym po kilku poprzednich nieudanych próbach zawiesił sztuczne odychanie, to po chwili w miarę zużycia tlenu krwi powstawał wdech, który nową ilość kwasorodu do krwi doprowadzał. Dlaczego jednak nie powstał tu oddech regularny, dlaczego po kilku zaledwie oddechach nastała dłuższa pauza, po któréj znowu krótki okres oddechów wystąpił? Zdaje się, że ośrodki odruchów oddechowych nie ocuciły się zrazu, lecz wprzódy ośrodki czucia dowolnéj czynności mięśni wdechowych powróciły do życia, zatém pauza powstała w sztucznem oddychaniu nie wywołała wkrótce przy miernem jeszcze zużyciu tlenu wdechu odruchowego, jak to bywa w stanie prawidłowym, ale dopiero późniéj, po zużyciu tlenu tak znaczném, że się uczuciem duszności objawiło i w ten sposób przez czucie za pomocą woli wdech więcéj dowolny, równie jak i cały następny szereg wdechów wywołało. W skutek tego krew zawierała już dosyć tlenu, uczucie duszności znikło, wola ledwie rozbudzona w miarę usunięcia wywołującego ją bodźca ustąpiła miejsca snowi nastającemu w skutek znużenia i znowu wystąpiła pauza tak długo trwająca, aż przez zużycie nagromadzonego zasobu kwasorodu nowe uczucie duszności i nowe zbudzenie ośrodków dowolnych ruchów wystąpiło. W ten sposób można tylko objaw respiracyjny Stokesa w naszym przypadku wytłumaczyć. Tłumaczenie to wydaje mi się tém prawdopodobniejszém, gdy sobie przypomnę innych chorych z tym objawem, a zwłaszcza jednego, u którego miałem sposobność bardzo dokładnéj obserwacyi rozwoju tego zjawiska. W dzień chory przestawał oddychać, aż po długiéj pauzie czuł silny brak powietrza, który coraz silniejszemi potém znów słabnącemi wdechami z stękaniem i narzekaniem na uczucie duszności pokonywał, pokonawszy je jednak i nie czując duszności przestawał oddychać, aż znowu wystąpienie duszności do oddechu go zniewalało; nie był to oddech automatyczny, lecz tylko występował dowolnie, uczuciem duszności wywołany przez ciągłe nawoływanie do oddechu, a więc niedopuszczenie pauzy, oddech pozostawał jednostajnym. W nocy gorzéj było, chory bowiem nawoływany przez czas jakiś do oddechu wkrótce się nużył, przestawał oddychać i zasypiał, za chwilę jednak budziła go ze snu gwałtowna duszność, która znów szereg wzmagających się co do siły, a po powstaniu duszności słabnących powoli oddechów wywoływała. Coś podobnego więc przypuścić muszę u naszego małego pacyjenta, który odurzony przebytą asfiksyją budził się nieco ze snu pod wpływem duszności, aby zaczerpnąć powietrza, które usunąwszy duszność pozwalało mu spać daléj na chwilę.

Przypuszczam tu zatém, że ośrodki czucia i ruchów dawnych wprzód się z porażenia ocuciły, niż ośrodki odruchów oddechowych, porażenie zatém ostatnich silniejszém być musiało, niż pierwszych, przyczyną zaś tego mogła być ta okoliczność, że pod wpływem duszności, tj. przy braku tlenu, czucie i wola wprzód porażone zostały, niż ośrodki odruchów oddechowych, skutkiem tego dziecko straciwszy czucie i przytomność automatycznie jeszcze pewien szereg utrudnionych oddechów wykonywało, aż wreszcie i te ostatnie ośrodki ubezwładnionemi zostały; przez cały ten czas jednak istota korowa półkul jako siedziba świadomego poczucia i woli była bezczynną, odpoczywała, gdy rdzeń przedłużony jako ośrodek odruchów oddechowych (*noeud vital*) pracował do ostatniéj chwili i zrywał się do bezwiednych, gwałtownych, a bardzo mało skutecznych wdechów, aż zasób jego sił zupełnie wyczerpany został. Tak więc wcześniejsze powstanie porażenia ośrodków świadomego czucia i woli (istoty korowéj przednich płatów) uchroniło je od silniejszego wyczerpnięcia, jakie w ośrodku odruchów oddechowych (*noeud vital*) powstało. Dlatego też pod wpływem krwi utlenionéj, któréj sztuczne oddychanie dostarczyło, ośrodki czucia i woli wprzód

się ocucać zaczęły, zanim w ośrodkach odruchów oddechowych ślad życia mógł się objawić. Rdzeń przedłużony bowiem potrzebował tu dłuższego wypoczynku, by po tak znaczném wyczerpaniu do swéj żywotności powrócić. W ten sposób wytłumaczyć możemy wystąpienie zjawiska Stokesa w naszym przypadku. O innych zauważanych objawach nie wiele pozostaje nam do powiedzenia. Że przy powtórném wystąpieniu duszności dziecko było spokojném, wypływa to względnie z powolnego stopniowego rozwijania się tejże, które pociągnęło za sobą większe wyczerpnięcie sił i powolne znieczulenie i odurzenie. Odpowiednio do utrudnionego wdechu widzimy też dziecko spokojnie leżące, blade, a nie sine, wydech bowiem odbywający się biernie w skutek zwężenia znacznie się tylko wydłużał, dokonywał się jednak w zupełności; inaczéj przy operacyi, gdzie skutkiem bólu chwilowe napięcie mięśni wydechowych następowało, podobnież jak i przy kaszlu, tu skutkiem forsowanego czynnego a utrudnionego wydechu żyły się rozdymały, a twarz silnie siniała; podnieść tu winienem, że utrudniony wdech czy to silniejszém, czy dłużéj trwającém działaniem mięśni wdechowych dokonywany, sprawia zmęczenie tychże, gdy wydech jeszcze biernie a więc bez żadnego natężenia lubo w dłuższym czasie odbyć się może. W przypadku tym tak tracheotomija wykonana przy znaczném zwężeniu krtani, jakoteż i sztuczne oddychanie w początku asfiksyi podjęte, miały chwilowy tylko skutek, dawały krótkotrwający tylko tryumf sztuki nad grożącemi życiu przypadami; za to w następnym przypadku wynikiem było uratowanie życia choremu, z którego to powodu przypadek ten ogłaszam.

Przypadek II. Dnia 15/9 1879 zawezwany zostałem przez kol. Wiszniewskiego do czteroletniego dziecka, u którego w przebiegu lekkiéj dyfteryi gardziela przypady zwężenia krtani wystąpiły. Badanie gardziela okazało kilka małych białych plamek na obrzmiałych migdałkach, migdałki same wreszcie powiększone. Badanie laryngoskopijne okazało zewnętrzne krtaniowe powierzchnie przedsionka krtani, a mianowicie przednią powierzchnię nagłośni, zewnętrzne powierzchnie fałdów nalewkonagłośniowych i szczyty chrząstek nalewkowych, wolne od wszelkich zmian chorobowych, a mianowicie nie obrzmiałe i nie pokryte błonami rzekomemi. Zajrzeć do wnętrza krtani, w obec znacznie pochylonéj ku tyłowi nagłośni i niespokojności małego pacyjenta, nie byłem w stanie, jednak i tak rozpoznanie znacznego zwężenia w krtani nie ulegało żadnej wątpliwości, w obec przeciągniętego forsownego, z głośnym szmerem zwężenia odbywającego się wdechu, znacznie przedłużonego wydechu. Uważając podług tych przypadów zwężenie za bardzo znaczne, przystąpiliśmy zaraz do operacyi sprowadziwszy jeszcze jako trzeciego lekarza kol. Wasylewskiego. Chcąc ograniczyć o ile można utratę krwi, któraby mogła być têm znaczniejszą, że mały pacyjent ciągle się nadymał, usilując krzyczeć, czém w obec utrudnionego wydechu znaczne rozdęcie żył wywoływał, przyciskałem po każdém cięciu mokre zwinięte szmatki (zamiast gąbki) na ranę, aż krew iść przestała, przez co operacyja znacznie się przedłużyła. Utrata krwi jednak była bardzo mała, na jednę drobną gałązkę żylną założyłem pincetę chirurgiczną. Odsłoniwszy wiąz stożkowy i chrząstkę obrączkową, przeciąłem takowe, a gdym brzegi rozcięte rozwarł w celu wprowadzenia kaniuli, zauważałem, że mały pacyjent, który dotąd ciągle był niespokojny i nadymał się, stał się zupełnie spokojnym, zamknął oczy i oddychał regularnie i lekko. Widząc, że nie ma żadnego krwotoku z brzegów rany do tchawicy, że oddech jest swobodny i uważając stan dziecka za rodzaj omdlenia lub snu wywołanego przez nagły odpływ krwi od mózgu, który przedtém z powodu zatamowanego wydechu był utrudniony, pozostawiłem przez chwilę ranę rozwartą, aby obejrzeć dokładnie całą ranę i oczyścić ją. Zdjąłem pincetę z drobnéj żyłki, na którą była założoną, poczém jednak nie okazał się żaden krwotok, nie potrzebowałem więc jéj podwiązywać. Potém dopiero założyłem kaniulę kauczukową i trzy szwy pod nią. Po $\frac{1}{2}$ godziny pacyjent otworzył oczy i oprzytomniał zupełnie, kol. Wasylewski pozostał 2 następne noce przy dziecku.

16/9 okazało się małe obrzmienie na szyi, stan zresztą zadowalający, 17/9 obrzmienie większe, wieczorem oddech utrudniony z powodu nagromadzenia śluzu, którego mały pacyjent nie miał siły wyrzucić, kilka razy wprowadziłem piórko głęboko w tchawicę, częścią wyciągnąłem nieco śluzu na piórku, częścią zaś wzbudzałem kaszel, śród którego reszta odeszła. Śluz okazał się gęsty, ropiasty, lipki bez błon krupowych. Dotąd były robione inhalacyje z *aq. calcis* kilka razy na dzień, obecnie zaleciłem je odbywać co godzinę, częścią z *aq. calcis*, częścią z saméj pary wodnéj, w celu zwiększenia sekrecyi, prócz tego *aq. calcis* była stosowaną przez usta, by i na sprawę gardziela działać mogła. Tegoż dnia zauważyłem opryszczenie końca nosa, z którego trochę cieczy cienkiéj nieco mętnéj odchodziło. Wewnątrz znalazłem białe okłady jednostajne na muszlach *(rhinitis diphtaeritica)*.

18/9 Opuchnięcie na szyi jeszcze większe, na rurce wewnętrznéj kaniuli krążek zaschłego śluzu, (przez całą noc, ponieważ kol. Wasylewski już nie był obecny, inhalacyi nie robiono i rurki nie wyjmowano mimo zalecenia); zaleciłem więc têm usilniej inhalacyje.

19/9 Puchlina szyi może nieco mniejsza, odtąd zaczyna się coraz bardziéj pomniejszać, podobnież opryszczenie nosa ustępuje, wewnątrz śluz ropiasty muszle pokrywa.

21/9. W moczu okazuje się białko w miernéj ilości. Odtąd zaczęło się jednak coraz bardziéj poprawiać; dziecko przychodziło do sił i wesołości, oddech był swobodny, kaszel tylko dość częsty czasem ze krwią, kaniulę co kilka dni wyjmowałem i czyściłem, szwy zdjąłem z rany, która w głębi *per primam* się zagoiła a z wierzchu tylko w wąskiéj szparze *per granulationem*, wkrótce otwór zaczął się zwężać po wyjęciu kaniuli bardzo znacznie i szybko, tak że wkładanie jéj powtórne było bardzo przykre małemu pacyjentowi, byłbym już zaczął robić próby z wyjęciem rurki, gdyby nie przypady utrudnienia przy łykaniu, które się teraz pojawiać zaczęły, a w skutek których pokarmy zwłaszcza płynne częściowo wpadały do tchawicy; wolałem by w tym stanie kaniula pozostała w ranie dla łatwiejszego wyrzucenia wpadłych cząstek pokarmu. Stan ten jednak nie doszedł do tego stopnia, żeby aż żywienie za pomocą sondy połykowéj stało się koniecznêm i owszem w dni kilka dziecko nauczyło się z wyciągnięciem szyi ku przodowi tak łykać, że rzadko co do tchawicy się dostawało. Białko w moczu utrzymywało się jednak ciągle w jednym stopniu mimo wody bilińskiéj, któréj pacyjent używał bardzo chętnie, w dwa tygodnie po operacyi pokazała się w moczu obfita ilość osadu moczanów, przyczém ilość białka nagle bardzo znacznie się zmniejszyła, a w parę dni zupełnie znikła.

Dnia 6/10 a więc w 3 tygodnie po operacyi, gdy już łykanie zupełnie dobrze się odbywało, wyjąłem dziecku kaniulę, poczém odwiedzałem je przez parę dni po kilka razy na dzień, raz nawet w nocy i obserwowałem jego oddech. Oddech

lekki był zupełnie cichy, silniejszy odznaczał się pewnym szmerem krtaniowym, lecz nie był utrudniony, tak że dziecko swobodnie biegać i bawić się mogło i w całych płucach wdech pęcherzykowy dokładnie słyszeć się dawał. W nocy jednak często się chory zrywał i skarżył, że mu coś w szyi zawadza. Badanie laryngoskopijne nie doprowadziło mnie do możności zobaczenia głośni, muszę jednak przypuścić, że pewien mały stopień zwężenia pozostał, który ów szmer przy silniejszym oddechu wywoływał. Zwężenie to jednak li tylko akustyczne objawy za sobą pociągało, nie było zaś w stanie w niczém czynności oddychania zagrozić, mogłem więc spokojnie stan ten pozostawić, rachując że z wiekiem sam on ustąpi, lub wreszcie przystępnym będzie badaniu i leczeniu. Najprawdopodobniéj powstało tu obrzmienie części podbrzeżnych więzadeł, które może podobnie jak w pierwszym przypadku jedyną przyczynę zwężenia stanowiło; zatém przemawiałby brak błon krupowych na zewnętrznych powierzchniach przedsionka krtani, jakotéż i w wykrztuszonéj wydzielinie. Że nie było to zwężenie pozostałe w saméj głośni np. skutkiem blizn po wrzodach dyfterytycznych itp., za tém przemawia wcale dźwięczny głos, choć z pewném właściwém brzmieniem, jaki się po wyjęciu kaniuli okazał. Obrzmienie części podbrzeżnych więzadeł jeżeli nie było zbyt wielkiém, mogło tylko słaby szmer przy silniejszym wdechu wywołać. Z wiekiem w miarę wzrostu krtani i rozszerzenia się głośni mógł i ten szmer zniknąć zupełnie, w każdym jednak razie pozostała obawa, by przy silniejszym nieżycie ostrym krtani przystąpienie nowego obrzmienia do już istniejącego nie sprowadziło łatwo ponownego zwężenia krtani, dlatego téż zalecono pod tym względem ostrożność i uwagę.

Rana skórna zagoiła się wkrótce. Dotąd nie wystąpiły żadne ponowne przypady zwężenia, co pozwala wykluczyć bujanie granulacyj z dna rany, które często po tracheotomii i długiém noszeniu kaniuli lubi występować. W końcu października i w początku listopada wystąpiło znowu u chorego lekkie porażenie, pociągające za sobą wpadanie płynów do krtani, lub wracanie ich nosem, stopień tychże nie był jednak zbyt wielki, tak że ograniczyłem się tylko do elektryzowania podniebienia, które obecnie odbywam.

Dodać tu muszę, że o rok starsza siostra naszego pacyjenta, która dopiero dzień przed operacyją została oddzieloną od brata, zapadła także na dyfteryję gardziela, która jednak wkrótce przeszła szczęśliwie. Trwanie choroby wynosiło 5 dni tj. od 17/9 do 22/9 i skończyło się na pokryciu całych migdałków błonami białemi, które się jednak łatwo w dni kilka oddzieliły, nie sprowadziwszy żadnych krtaniowych przypadów.

Podnieść tu winienem, że sprawę krupową i dyfterytyczną uważam za istotnie nie różne od siebie, anatomicznie bowiem dadzą się tylko różnice co do głębokości usadowienia wykazać, a nie co do do istoty błon, klinicznie więc rozłączać obu spraw nie podobna, i jeżeli krańcowe obrazy głębokich wrzodów na migdałkach bez zwężenia krtani z jednéj, a obfitych błon rzekomych krtani, tchawicy i oskrzeli, przy małych i powierzchownych błonkach na migdałkach lub bez nich z drugiéj strony, dozwalają postawienia dwóch typów tj. t. z. dyfteryi i krupu, to jednak typy te odpowiadają więcéj umiejscowieniu, niż jakości zmian chorobowych, w pierwszym razie umiejscowieniu w gardzielu, w drugim w krtani i w rurach oddechowych. Że w gardzielu forma dyfteryi nad krupem przeważa, nie zdziwi nas to, gdy uwzględnimy pulchność tkanny błony śluzowéj gardziela, a zwłaszcza migdałków, których gruczoły mieszkowe już w sprawach nieżytowych mogą sprawić znaczne utraty istoty (zapalenie folikularne). Inaczéj rzecz się ma w krtani, gdzie cienkość błony śluzowéj i tkanki podśluzowéj ogranicza zapuszczanie się wypociny w głąb, gdzie zatém więcéj po wierzchowna tj. krupowa jéj forma się zdarza. W gardzielu im silniejsza sprawa chorobowa, tém głębiéj sięga wypocina tak, że czysto krupowe błonki w gardzielu są znamieniem lekkości sprawy chorobowéj; w krtani im silniejsze zapalenie, tém grubsze są błony rzekome. Łatwo ztąd pojąć, że w gardzielu rozpad i wessanie mas obumarłych, w krtani zaś i tchawicy zwężenie i zatkanie światła rury oddechowéj łatwo nastąpić może. Te typowe formy, gdzie cierpienie do samego gardziela (dyfterya) lub do saméj rury oddechowéj, lub do niéj przeważnie (krup) ogranicza się, są jednak rzadsze. Często mniéj lub więcéj oba narządy zajęte bywają, a wtedy zwykle obok dyfteryi gardziela krup krtani i tchawicy występuje. Może jednakże przy dyfteryi gardziela nie koniecznie sprawa krupowa występować w krtani, może tu przyjść li tylko do nieżytu, a nawet nieżytowego obrzmienia. Obrzmienie to samo podług Störka zwężenie znaczne sprawić może, które się kończy uduszeniem, jeżeli tracheotomia życia choremu nie ocali. Pierwszy nasz przypadek okazywał wprawdzie błony krupowe na więzadłach, nie one jednak, lecz obrzmienie pod głośnią było zwężenia przyczyną; drugi przypadek prawdopodobnie był téj saméj natury lub może nawet wcale błon krupowych w krtani nie było, w sekrecyi tchawicy przynajmniéj nie widziałem ich wcale. Przesunięcie się sprawy właściwéj na błonę śluzową nosa było mi daleko milszém, niż gdyby takowa na dół zstępować zaczęła, a rzeczywiście doświadczenie okazuje, że przy *rhinitis diphtheritica* rzadziéj do rozległego krupu w tchawicy przychodzi.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Zeissla (we Wiedniu): **Przyczynek do terapii zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj u mężczyzn.** Streścił Dr. Obtułowicz w Turce.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48.)

2) Leczenie chronicznego wiewiórowego zapalenia cewki moczowéj drogą bezpośrednią. Wiewiór chroniczny jest cierpieniem usadowiającém się na małéj, po największéj części, w tylnym odcinku cewki moczowéj położonéj przestrzeni błony śluzowéj, a objawy jego stanowią: skąpa wydzielina surowiczo-śluzowa, czasem zaś tylko nieznaczny ból odpowiadający siedzibie cierpienia. Przy badaniu tego rodzaju chorego, należy przedewszystkiém dokładnie zbadać już to zapomocą wywiadów szczegółowych, już téż zapomocą sondy, czy nie wytworzyło się już ściešnienie cewki moczowéj (*strictura*). Najlepiéj w tym celu użyć sondy służącéj do śledzenia kamieni grubszego kalibru (Nr. 15—18 *Filière Charrière)*, a częstokroć przy oględném i uważném jéj wprowadzeniu można odrazu wykryć siedzibę cierpienia, albowiem chory w miejscu odpowiedniém doznaje bólu, jakotéż można wyczuć nierówności na błonie śluzowéj cewki, w postaci brodaweczek ziarninowych, małych polipów itd. Pamiętać jednakowoż należy, że rzadko chorzy przy pierwszém zaraz badaniu podadzą miejsce bolesne z należytą dokładnością, gdyż doznają także kłucia w chwili, gdy sonda przesuwa się przez „*Caput gallinaginis*“. Kilkakrotne jednak

badanie w takim razie sondą i ostrożne jéj wysuwanie prowadzą do celu.

Co się tyczy bezpośredniego leczenia miejsca schorzałego, to w tym celu wprowadzano świeczki lub katetery posmarowane odpowiedniemi lekami, używano strzykawek z nasadkami nakształt kateteru, aby płyn ściągający wprowadzić do samego tylnego odcinka cewki moczowéj. Następnie dokładano wszelkich starań, aby miejsce schorzałe można zobaczyć, a owocem usiłowań rozlicznych na tém polu był najpiérw wziernik (*Endoscop*) podany przez Desormeaux, nader skomplikowany i drogi, później zaś wziernik konstrukcyi Grünfelda, dość już obecnie rozpowszechniony i zazwyczaj używany na klinikach. (Szczegółowy opis tych narzędzi i metody badania podał sprawozdawca w Przeglądzie Lekarskim z r. 1877, Nr. 24, 27 i 28). W ostatnich czasach podał Auspitz endoskop dwulistkowy służący również do rozszerzania cewki moczowéj, zbudowany na kształt wziernika pochwowego Ricorda.

Zdaniem autora jednak, sangwiniczne nadzieje przywiązywane do tego genijalnego wynalazku nie ziściły się, przynajmniéj pod względem wyników terapeutycznych; wprawdzie miejsca schorzałe można widzieć, a anatomija patologiczna została wzbogaconą kilku szczegółami zasługującemi na uwagę, jednakowoż bezpośrednie stosowanie leków żrących wyjątkowo tylko uwieńczoném zostało pomyślnym wynikiem. Dlatego autor poleca wprawdzie ćwiczenie w endoskopii celem nabrania odpowiedniéj biegłości zwłaszcza w celach diagnostycznych, lecz sam zrażony i rozczarowany, może za prędko, niepowodzeniami na polu terapii, porzucił używanie endoskopu w praktyce codziennéj.

Pod względem leczenia bezpośredniego zatém zaleca autor tak samo wstrzykiwania, jak i przy leczeniu okresu ostrego wiewióra, wprowadzanie do cewki świeczek i sond, a nadto leczenie drogą pośrednią przez podawanie środków na wewnątrz. Wstrzykiwanie leków balsamicznych do cewki moczowéj nie odniosło wcale skutków pożądanych.

3) Leczenie zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj u mężczyzn drogą pośrednią. Od dawna już celem leczenia wiewióra używano środków szczególniej balsamicznych, przyswajanych ustrojowi za pośrednictwem przewodu pokarmowego, które to leki następnie z moczem wydzielane, skuteczny wpływ na schorzałą błonę śluzową cewki wywierały. W szeregu tych leków zajmują miejsce poczestne: balsam kopaiwiany i peruwiański, pieprz kubebiany, olejek terpentynowy, balsam Gurium i przetwory z Matico; w najnowszych czasach przybył także „*Piper metisticus-Kava-kava* albo *Ava-ava*, zachwalany przez niektórych autorów jako lek nader skuteczny w wiewiórze, chociaż wielokrotne użycie jego w praktyce lekarskiéj zawsze zawodziło; natomiast autor zachwala nadzwyczaj przetwory żeleziste w przypadkach przewlekającego się wiewióra.

W praktyce szpitalnéj, gdzie chorzy pod względem dyjetetycznym ścisłemu ulegają nadzorowi, rzadko tylko wypada uciekać się do zadawania środków balsamicznych na wewnątrz, za to częściéj się zdarza ten przypadek w praktyce prywatnéj, gdzie chorzy nie chcą lub nie mogą się odrywać od zatrudnień codziennych. Środki balsamiczne nie wywierają wcale wpływu szkodliwego na ustrój, w szczególności nie wywołują białkomoczu, osad bowiem w moczu opadający za dolaniem kwasu azotowego jest tylko wydzielonym kwasem żywicznym, który przy gotowaniu następném się rozpuszcza; a pokrzywka balsamiczna (*Urticaria balsamica*) zjawiająca się po dłuższém zwłaszcza używaniu przetworów tego rodzaju, znika wkrótce po kilkudniowéj przerwie w zażywaniu tych leków. Autor zapisuje środki balsamiczne i przetwory z Matico w sposób następujący:

Rp. 1) Capsularum de Matico lagenam 1.
S. Po 15 torebek dziennie
Rp. 2) Extracti Cubebarum
Spirit. terebinth. aa 10·00
Magnesiae ustae q. s. ut f. pilulae ponder. 0·35
S. Po 24 pigułek dziennie.

Lub też zadaje się po 15—20 kropel balsamu kopaiwianego w torebkach 3 razy dziennie; można także zrobić pigułki zawierające kopaiwę z dodatkiem wosku

Rp. 3) Cerae albae 5·00
Leni igne liquefactae adde Balsami Copaivae 15·00
Pulveris Magnesiae q. s. ut f. massa pilularis, ex qua form. pilulae ponderis 0·30
S. 3 razy dziennie po 8 pigułek.

(Bardzo dobre skutki oddawały mi pigułki zrobione tylko z kopaiwy i magnezyi:

Rp. Balsami Copaivae 10,00
Magnesiae ustae q. s. ut f. pilulae 40—50
consperg. pulv. radd. liquiritiae
DS. Po 10 pigułek dziennie;

lub też kęsy z kopaiwy i kubeb:

Rp. Balsami Copaivae 20,00
Pulv. piper. Cubebarum
rec. tusi 30,00
M. f. l. a. massa pilularis ex qua form.
boli quinquaginta
consperg. pulv. radd. liquiritiae
Ds. Po 6—10 kęsów dziennie.

Uwaga sprawozdawcy.)

Z przetworów żelezistych podaje autor albo Liquor ferri sesqui-chlorati, albo ferrum carbonico-saccharatum (0·30—0.40 pro die).

Rp. Liquoris ferri sesquichlorati 1·50
Aquae destillatae 150·00
Syrupi Rubi Jdaei 25·00
S. 5 razy dnia po łyżeczce od kawy do pół szklanki wody.

W ostatnich czasach poczęto zachwalać kadzenie środkami żywicznemi, jednakowoż chorzy tylko niechętnie poddają się temu sposobowi leczenia, które nadto trwa długo i nie nadaje się wcale do użycia w praktyce szpitalnéj, a tém mniéj w praktyce prywatnéj.

Zazwyczaj przyczyną przewlekania się zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj jest zajęcie chorobowe gruczołu krokowego, na które, jak słusznie Thompson w dziele chorobom tegoż gruczołu poświęconym zauważył, lekarze dotąd bardzo mało uwagi zwracali. Cierpienie to towarzyszące częstokroć już to wiewiorowi ostremu, już to chronicznemu, może być również ostrém lub przewlekłém. Zapalenie ostre gruczołu krokowego (*prostatitis acuta*) odznacza się znacznemi bolami, rozpromieniającemi się z międzykrocza, szczególniéj potęgującemi się przy siedzeniu lub chodzeniu, uczuciem ciała obcego, jakby korka w stolcu, i upośledzeniem w oddawaniu kału i moczu. Po 1—2 dniach uskarżają się chorzy na mocny ból pukający w miejscu gruczołu krokowego, a badanie palcem przez kiszkę stolcową wykazuje mocne obrzmienie bolesne, jednego lub drugiego zrazu gruczołu krokowego, które albo bez dalszych następstw ustępuje, albo przechodzi

w ropienie zdradzające się w 8—12 dni wyrażném chełbotaniem. Ropień taki zazwyczaj sam pęka, a chorzy opowiadają, że wśród przyjemnych marzeń obudzeni, spostrzegli na bieliznie płyn szklisty, klejki, z małą domieszką krwi i ropy. Jeżeli jednak chorzy mocno gorączkują i doznają bólów bardzo znacznych, chełbotanie zaś przy badaniu przez odbytnicę okazuje się bardzo wybitném, natenczas można oczyściwszy należycie stolec zapomocą środków przeciwgnilnych, nakłuć ropień taki wąskim i kończastym nożykiem, poczém bole ustępują, chorzy znacznéj ulgi doznają, a rana przy odpowiedniéj opiece lekarskiéj goi się należycie. W przypadkach nader rzadkich ropień gruczołu krokowego przebija międzykrocze i daje początek przetoce cewki moczowéj.

Daleko częściéj jednak w przebiegu zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj pojawia się zapalenie chroniczne gruczołu krokowego. Objawy tego cierpienia są podobne do powyżéj przytoczonych, jednakowoż w stopniu mniejszym; gorączka okazuje częste przerwy, ból w międzykroczu nie tak znaczny i tępy zjawia się podczas chodzenia i stania. Mocz nie jest jeszcze zupełnie czysty i zawiera charakterystyczne nitki śluzowe (*Tripperfäden*) i przybłonki. Badanie gruczołu krokowego rzadko tylko zdoła wykazać wybitne jego powiększenie, zazwyczaj tylko mniejszą lub większą bolesność. W takich przypadkach na nic się nie zdadzą wstrzykiwania, choćby całemi miesiącami robione, a jedynie pożądany skutek odnoszą świeczki elastyczne, albo co lepiéj sondy (*Steinsonden*). W tym celu najpierw bada się cewkę moczową grubą sondą, a jeżeli ta swobodnie do pęcherza się nie dostanie, używa się kolejno coraz to cieńszych, dopóki się nie natrafi na taką, która bez tłoczenia wśliznie się do pęcherza. W chwili przesuwania się sondy przez gruczoł krokowy chorzy uskarżają się na palenie wcale znaczne, z cewki moczowéj wypływa zazwyczaj jedna lub parę kropel cieczy lepkiéj z surowicą krwi zmięszanéj, która niczém innem nie jest jak tylko wydzieliną gruczołu krokowego, pomięszaną z krwią wyciśniętą z gruczołu przekrwionego. Odtąd codziennie sonduje się chorego, przechodząc powoli do numerów grubszych. Początkujący mogą również w tym celu używać kateterów, które upewniają ich przez wypuszczenie moczu, że nie zrobili drogi fałszywéj, a powinni pamiętać o tém, że narzędzie należy dobrze obniżyć ku dołowi, chcąc dostać się przez obrzmiały gruczoł krokowy do pęcherza. Sondy lub katetery zostawia się po 4—5 minut w cewce, a następnie wystrzykuje się cewkę wodą wystałą, albo bardzo rozcieńczonym środkiem ściągającym, aby usunąć oliwę, którą była sonda posmarowana, ta bowiem sprawia nieraz dość mocne pieczenie. Sondy mają na celu wzniecenie mocniejszego zapalenia w miejscach błony śluzowéj cewki, zajętych przez nieżyt chroniczny, a z drugiéj strony wywarcie zbawiennego ucisku na obrzmiały gruczoł krokowy, który w razie przeciwnym ulega zwolna przerostowi, częstokroć już koło 35 roku życia, bardzo wybitnemu.

Jeżeli w ten sposób przez niejaki czas chorego leczymy, zbliżamy się szybkiemi krokami do zupełnego wyleczenia nawet zastarzałych wiewiórów, a oznakę ustąpienia chronicznego zapalenia gruczołu krokowego stanowi zdaniem autora wypływ z cewki moczowéj (zazwyczaj w nocy bez marzeń rozkosznych i naprężenia prącia) większéj ilości cieczy klejkiéj, pozostawiającéj na koszuli plamę ostro odgraniczoną. (*Wiener med. Wochenschr.* Nr. 38, 39 i 40).

S. Perkowki: **Mały przyczynek do następstw rdzenio-kostnego zapalenia kończyn.**

J. C., 24-letni żołnierz piechoty, dostał postrzał pod Karsem d. 2go października 1877 r. w chwili gdy strzelał, w prawy staw łokciowy; pocisk przeszywszy i zdruzgotawszy dolny koniec kości ramieniowéj wyszedł od tyłu na szerokość palca po nad wyrostkiem łokciowym. W ciągu 13tu miesięcy przebywał w szpitalach w Sumarnie, Barzumie, Odessie, Kijowie, aż ostatecznie dostał się d. 7 grudnia 1878 r. do szpitala Ujazdowskiego w Warszawie. Stan ogólny był natenczas opłakany, ciepłota wahała się między 39·4° a 40·6°. Kość ramieniowa zdawała się w trójnasób zgrubiałą, staw ramieniowy obrzmiały i bolesny, a przetoki liczne tak na ramieniu jak i do około stawu ramieniowego wydzielały obficie ropę. Sonda wchodziła w głąb jamy, lecz nie natrafiała na kość zmartwiałą. Gdy po kilku miesiącach starannego opatrunku i dyjety pożywnéj stan ogólny się poprawił, a miejscowy pozostawał w tym samym stanie, przystąpił P. do nekrotomii, przypuszczając mimo ujemnego wypadku badania obecność martwiaka: tenże znalazł się jednakże tylko w dolnéj części kości ramieniowéj, podczas gdy górna część okazała się wydrążoną aż do saméj główki, tak że z téj ostatniéj pozostała tylko cienka blaszka kostna. Dopiero w kilka tygodni po operacyi znaleziono martwiak rynienkowaty, 4—5 cm. szeroki, a prawie przez całą długość kości ramieniowéj się ciągnący, który po złamaniu zwolna kleszczykami wydobyto. Okostnéj nie znalazł P. przy żadnéj z tych operacyj ani śladu. Ztąd pozwala sobie wnosić wręcz przeciwnie twierdzeniom teoretyków, że do odnowy (reparacyi) kości nie tylko rdzeń (szpik) kostny i okostna, lecz także sama istota kostna przyczyniać się może, a to w skutek zwiększonego w niéj ruchu odżywczego. Opisany przypadek służy mu w tym celu jako dowód, gdyż pacyjent wyzdrowiał zupełnie, z przydatną kością ramieniową pomimo braku rdzenia kostnego i okostnéj. (Niema pewności, że w trójnasób zgrubiała kość ramieniowa właśnie utworzoną nie została przez okostnę, w ciągu tylomiesięcznego cierpienia, coby i brak okostnéj tłumaczyło i z twierdzeniem teoretyków się zgadzało. *Przyp. Sprawozd.*) (*Gazeta Lek.* T. XXVII. Nr. 20).

A. O.

V. Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**,

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48.)

List IV.

Po oddziale Charcota najbardziéj obchodziły mnie kliniki lekarskie, których jest w Paryżu, jak wiadomo, cztery, w szpitalach: Hôtel-Dieu, Pitié, Charité i Necker a; oprócz tak zwanych les Cliniques na przeciwko szkoły lekarskiéj.

Co do szpitali paryskich w ogólności, wyznać należy, że niestoją one na wysokości czasu i miejsca, dziś bowiem wymaga higiena już od samego budynku i miejsca, gdzie takowy stoi, pewnych warunków. Pod tym względem szpitale paryskie nie mogą być wzorem. Na piętnaście szpitali, jakie stolica Francyi posiada, tylko dwa, Lariboisière i Hôtel-Dieu mają budynki nowe. System pawilonów oddzielnych, jak np. w Dreznie, w Lipsku, w Berlinie, w Kra-

kowie, w nowym szpitaliku da dzieci we Lwowie — jest uznany za najodpowiedniejszy pod względem higienicznym. Lariboisière i Hôtel-Dieu mają wprawdzie rozkład pawilonowy, lecz pawilony te są skrzydłami głównego wewnętrznego budynku czworobocznego, którego kryte galerye wychodzą na dziedziniec zamknięty. Takie zbicie na kupę systemu pawilonowego i złączenie go w jeden budynek może być ekonomiczne, lecz nieodpowiada zasadom i wzorom. Dla tego też wentylacyja w przepełnionym szpitalu Lariboisière jest niewystarczająca, mimo nadzwyczajnych wysileń technicznych; przebieg chorób uleczalnych w tym szpitalu ma być niepomyślny, co dało powód Malgaignowi, że go nazwał: „Versailles de la misère“; jest on jak jabłko jerychońskie, z wejrzenia cacko, z treści trucizna.

Hôtel-Dieu nowy, z wielu względów lepszy od tamtego, nietylko, że według podobnéj zbudowany jest zasady, lecz nadto położony w pośród najludniejszéj, centralnéj części miasta, na wyspie de la Cité, obok kościoła Notre-Dame, Wszystkie zaś inne szpitale, a pomiędzy temi i kliniczne, mieszczą się w budynkach starych, poklasztornych z wyjątkiem Charité, którego budynek był pierwotnie na szpital stawiany. W zarządzie szpitali najwyższym i poszczególnym, wpływ lekarzy, a zatém wpływ dziś bardzo ważny dla udoskonalenia tych instytucyj zdrowotnych, jest prawie zupełnie wykluczony. Jak u góry rządzi urzędnik administracyjny najwyższy, nie będący lekarzem, tak w szpitalach poszczególnych dyrektorem jest znowu urzędnik administracyjny, nie lekarz. Nawet na salach swojego oddziału lekarz ordynujący nie ma władzy, ani nad służbą, ani prawa kontroli nad pokarmem przeznaczonym dla chorych, ani nad wewnętrznem gospodarstwem codziennem; wolno mu doradzać lub użalać się, lecz zarządzać nie może. W radzie nadzorczéj, złożonéj z dwudziestu członków, jest tylko jeden lekarz szpitalny, jeden chirurg i z fakultetu medycznego jeden profesor. W téj radzie dwudziestu, głosów lekarskich jest tedy trzy, co oczywiście wpływem parlamentarnéj większości nazwać się nie może.

Służba około chorych pochodzi z warstwy ludności moralnie upadłéj lub nieporadnéj; dopuszcza się ona wyciskania grosza od chorych, do czego jest niejako zmuszoną, ponieważ płaca miesięczna (15 franków) jest niedostateczna.

W żywieniu chorych przechowuje się zwyczaj niechwalebny rozdzielania potraw na porcye w kuchni, i wstawiania rozdzielonych do pieców; mianowicie potrawy mięsne suszą się i czernieją, przez to i tracą na strawności i pożywności. (Porównaj artykuł Dra Le Forta w „Paris Guide“; T. II. str. 1873).

Wszystko to razem wzięte nieodpowiada znaczeniu, jakie Paryż zkądinąd posiada dla cywilizacyi i kultury spraw społecznych, jakie Francya nabyła w dziejach lekarstw i szpitali.

Miała ona już w VI wieku kilka dobrze urządzonych szpitali, jak np. Hôtel-Dieu w Lugdunie. W XII wieku zaszły we Francyi ważne zmiany dla rozwoju szpitali i tak: dawniejsze hospicia zamieniono na infirmerye, np. gospodę ś. Krzysztofa w Paryżu, istniejącą od VII stulecia, zamieniono na szpital (Hôtel-Dieu) wyłącznie dla chorych przeznaczony; Ludwik VII powołuje z Palestyny do Francyi rycerzy ś. Łazarza, którzy od dawna trudnili się tam pielęgnowaniem trędowatych, a teraz tu zakładają domy ś. Łazarza zwane lazaretami; w Montpellier występuje Gwido (Guy), jako twórca urządzenia szpitali w dzisiejszém znaczeniu; jego to właśnie powołał papież Inocenty III na organizatora wszystkich podówczas w Europie cywilizowanéj istniejących szpitali, które po swéj dokonanéj przemianie przybierały często nazwę szpitali ś. Ducha. (Zobacz artykuły Virchowa o szpitalach, w jego „Gesammelte Abhandlungen“ w T. II).

Za Ludwika XIV powstają wielkie zakłady dla różnego rodzaju nędzarzy i żebraków, którzy się namnożyli podczas długich wojen domowych. We wieku sentymentalizmu, który J. J. Rousseau przez swoje pisma wywołał, lubiano zabawy sielsko-pasterskie, spijano mleko w Trianon dla mody, i dla mody czyniono wiele dla szpitali; we wieku rewolucyi urządzono niemal wszystkie dziś istniejące szpitale miasta Paryża. Ta gorliwość w zakładaniu szpitali nie była wszelako połączona z umiejętnością i gorliwością w ich urządzaniu i utrzymaniu wewnętrznem. Wynikało to z natury pobudek w zakładaniu hospiciów i szpitali, tudzież z ówczesnego stanu lekarstwa i lekarzy. Hospicia dla biednych, dla chorych i pielgrzymów, zakładano przy kościołach i klasztorach w celach ascetyzmu, t. j. dla ćwiczenia się w odpowiednich cnotach, które jedno ze siedmiu błogosławieństw za sobą pociągają. Możni i królowie nie chcieli mieć na ulicach uprzykrzonego żebractwa, i z litości albo z konieczności kazali uprzątać miasto z chorych i nędzarzy. Stan lekarstwa ówczesny porównany z dzisiejszym był opłakany. Nauki lekarskie wykładano jak teologię lub prawo sposobem dialektycznym, bez anatomii i fizyologii, bez kliniki i nekroskopii. O higijenie niemiano pojęcia, zwłaszcza o higijenie miast i szpitali. To téż nie dziwimy się wcale, że według świadectwa spółczesnych szpital Hôtel-Dieu w Paryżu miał wówczas 1219 łóżek, w których leżało 3418 chorych, często po sześciu na jednem, niekiedy razem z nieboszczykiem. Jaka tam była pościel, jaka obsługa, jakie żywienie, można wnioskować ze słów Cuviera, który powiada że „męki piekielne zaledwie mogą być większe od tych, jakie cierpieli ci nieszczęśliwi umieszczeni w szpitalach“. (Porównaj *Du-Campa: „Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie“*, T. IV, artykuły o szpitalach).

Żaden rząd nietroszczył się widocznie o stan wewnętrzny szpitali, skoro dopiéro Cesarz austryjacki Józef II, będąc w Paryżu i zwiedziwszy szpital Hôtel-Dieu, o jego okropnym stanie czynił przedstawienia swojemu szwagrowi Ludwikowi XVI, co stało się powodem wysłania komisyi z grona Akademii umiejętności w osobach pp. Tenon, Baille i Larochefoucauld. Lecz złemu zaradziła dopiéro pierwsza republika, która dla lekarstwa i dla szpitali uczyniła bardzo wiele.

Jakkolwiek więc w dzisiejszych szpitalach paryskich, nie wszystko może nam służyć za wzór, jak to wyżéj powiedziałem, jednak z drugiéj strony podnieść należy, że żadna inna stolica państw europejskich nieuczyniła stosunkowo tyle dla ubogich swoich chorych, co stolica Francyi. Tak np. Londyn, który dwa razy większą ma ludność, posiada w swoich ośmnastu szpitalach łóżek 4134, podczas gdy Paryż w swoich piętnastu szpitalach ma łóżek 7698, pomijając już, że każde łóżko ma materac, dobrą pościel i nawet firanki, że istnieją tu jeszcze zakłady dla nieuleczalnych, zakład dla ozdrowieńców, dla starców i kalek, pięć zakładów dla obłąkanych; pomiędzy temi pięcioma trzy są nowe i urządzone wzorowo. Potrzeba więc tylko zaprowadzić ostateczne urządzenia higijeniczne i dietetyczne w tych szpitalach, ażeby czyniły zadość wymogom tegoczesnym.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Listy z prowincyi.

III.

Jakkolwiek już wiele pisano o matactwie lekarskiém, zwłaszcza na prowincyi, nie od rzeczy jednakże będzie odezwać się jeszcze w téj sprawie, zwłaszcza że ono nie tylko nie zmniejszyło się wcale, lecz owszem kwitnie a nawet buja coraz bardziéj. Przedewszystkiém lud ciemny w cierpieniach i dolegliwościach swoich szuka rady i pomocy u licznych wróżów, bab, owczarzów i tym podobnych szarlatanów wiejskich, których wpływ niby to na nadprzyrodzonéj podstawie oparty jest tak powszechnym, że śmiało twierdzić można, iż większa połowa ludności wiejskiéj nigdy innego lekarza nie potrzebuje. Prócz tego karczma to apteka wiejska, mieszcząca w sobie obok wódki, tego uniwersalnego lekarstwa na wszystkie moralne i fizyczne cierpienia ludu, także i leki przeczyszczające, wymiotne, chinidyn, pijawki itp., a karczmarze coraz częściéj trudnią się puszczaniem krwi, co każdego roku szczególniéj w maju wykonywane *en masse* (puszczenie bowiem krwi w tym miesiącu uważane jest za jedyny środek zabezpieczający przed chorobami w ciągu całego roku) wcale nie złe przynosi dochody. Tu i owdzie znów plebanija lub dwór to rodzaj poliklinik wsiowych, gdzie kwitną homeopatyja, Morison, Mattei, Airy i inne podobne specyfiki, dyspensowane przez ks. proboszcza lub panią ze dworu; gdyż najczęściéj jakaś podeszła ciocia lub babcia, straciwszy pretensyję do świata, przybiera na siebie rolę „dobrodziejki“ ludu. Humanitaryzm ten jednakże przechodzi powoli w manierę, a sława lekarska wychodząc za granicę wioski, sprowadza do niéj z dalekich stron licznych pielgrzymów, bo nawet z miast, lekarzy i instytucyje lekarskie pomijających. A cóż więcéj potrzeba naszemu chłopkowi, jeżeli dał chorobę zamówić, „urzeknięcie odczynić,“ zażył lekarstwo od ks. proboszcza lub ze dworu, a nadto wypełnił swe obowiązki chrześcijańskie, to już i sumienie całkowicie zaspokojone. W tych zaś rzadszych przypadkach, gdzie dalsza pomoc jest pożądaną, nie zawsze chęciom odpowiadają materyjalne zasoby. Czasem znów zjawia się w okolicy zwykle jakiś exgospodarz, często exmedyk lub exaptekarz, i przy pomocy popularnego podręcznika lub *Recepttaschenbuchu* zyskuje sławę cudownego lekarza, a zarazem szerokie koło zwolenników; przyjmuje więc chorych u siebie lub udaje się do nich lecząc „ziołami“ jako środkami naturalnemi i sobie tylko znanemi, pisze jednak i recepty do apteki, dla ostrożności nie podpisując ich wcale. Pomocy też rzadko udziela bezpłatnie, każąc sobie zwykle za nią dobrze a nawet bardzo dobrze płacić. Niejeden zaś z nich, zapragnąwszy większego rozgłosu, występuje jako „przyrodolekarz“ na szerszą arenę, i z pomocą dziennikarskich anonsów znajduje liczne grono łatwowiernych adoratorów i to wśród zkądinąd oświeconéj publiczności. W zakresie chirurgii największą wziętość mają wiejscy konowałowie, a to nie tylko u ludu ale także między ludźmi nawet do wysokiego wykształcenia pretensyję mających, którzy w danym przypadku zasiągnąwszy rady lekarzy często specyjalistów, ostatecznie przecież powierzają leczenie temu lub owemu sławnemu chłopu. (Niedawny taki przypadek tyczy się osoby jednego ze starostów, a zatém kierownika władzy mającéj przestrzegać wykonywania ustaw sanitarnych). Rzeczywiście powiedzieć można, iż na prowincyi prawie w dogmat przeszła zasada, że zwichniętą lub złamaną odnogę (czasem nawet i cięższe rany np. postrzałowe) wyleczyć może tylko chłop, gdy lekarz jako nader pochopny do „rznięcia“ zaszkodzić tylko może, to też dla tego ostatniego leczyć powyższe przypadki może większą jest osobliwością, niż wykonanie owaryjotomii dla kliniki.

Wprawdzie służy lekarzowi prawo wystąpienia przeciw tego rodzaju matactwom mniéj lub więcéj szkodliwym, szukać jednakże pomocy przeciw mataczom amatorom, to znaczy najprzód nic nie uzyskać, bo bezpłatnie wolno jest szkodzić nawet bliźniemu swemu, (jakkolwiek liczniejsze datki na mszę świętą w celu uproszenia odzyskania zdrowia, lub odrabianie w polu za leczenie i leki nie zawsze świadczą o bezinteresownéj terapii), a następnie stać się celem powszechnego oburzenia i narazić na znaczną utratę praktyki obywatelskiéj, co dla lekarza obojętném być nie może, zwłaszcza, że i zwolennicy téj lub owéj metody, o ile ona jest praktykowaną na drugich, sami zachorowawszy do rad lekarza się stósują. Droga prawna przeciw owczarzom, babom, konowałom itd. nie prowadzi również do praktycznego skutku, nie tylko bowiem mogą być pewnymi bezkarności, gdyż nie są tak naiwni, by utrzymywali księgi przychodów dla urzędowego użytku, lecz owszem nawet w tych nader rzadkich przypadkach, w których ich jakaś chwilowa kara spotka, otoczeni aureolą męczeństwa „za prawdę“ przeciw „chciwości“ lekarzy, nabywają jeszcze większego rozgłosu i wziętości. Nie jeden też z lekarzy, co spełnił swój obowiązek, żałował tego potém, a inni nauczeni przykładem nie próbują nawet robić kroków w tym kierunku.

Wieśniak, szukający pomocy lekarskiéj w najbliższém miasteczku, wpada zwykle lub co częściéj oddaje się dobrowolnie w ręce cyrulika, który stósownie do wysokości pieniężnych zasobów pacyjenta aplikuje mu mniéj lub więcéj kosztowną przedewszystkiém krwawą terapiję. Zresztą zaś według chłopskiéj loiki po cóż udawać się do lekarza, by zapłaciwszy z receptą być odesłanym do apteki, gdzie znów płacić trzeba, kiedy można sobie w dzisiejszych ciężkich czasach oszczędzić pierwszego wydatku, udając się po poradę wprost do aptekarza. W gronie też różnorodnych mataczów lekarskich niektórzy aptekarze prowincyjonalni wcale nieposlednie zajmują miejsce. Nie dostanie wprawdzie u nich na żądanie morfinu, makowca etc., ale pod nazwą proszków na spanie, kaszel, przeciw rozwolnieniu, można nabyć tych i innych przetworów w każdéj żądanéj ilości. Że naturalnie nie zważa się na to, czy recepta napisaną jest przez lekarza lub przez pierwszego lepszego szarlatana, (te ostatnie nawet jako zawierające sporą mięszaninę najrozmaitszych środków należą do tak zwanych „dobrych“ i bardzo pożądanych), samo przez się się rozumie. Lekarstwa pobiera taki aptekarz czasem w najtańszych składach, nie trzeba więc dodawać, że pozostawiają nieraz wiele do życzenia. Z zapasów tych czerpią znów akuszerki i cyrulicy, przerabiając je do swoich aptek. Zaglądnąwszy do apteki takiéj,szczególniéj zaś w dzień targowy, można spotkać tam liczne grono wiejskich pacyjentów, wśród których uwijają się p. aptekarz wraz z uczniem, nawiasem mówiąc specyjalistą w zakresie syfilidologii dla małomiejskich donżuanów, czasem przy udziale p. aptekarzowéj w dziedzinie ginekologii i chorób dzieci, ordynując i ekspedyjując lekarstwa, w przeważnéj części zwykle już z góry na pewne choroby według *manuale pharmaceuticum* przygotowane. W ten sam tańszy sposób leczy się także uboższa, tj. przeważna część ludności każdego miasteczka. Raz do roku, zwykle o jednym czasie, powstaje w aptece ruch niezwykły, szurowanie i porządkowanie całego lokalu, czyszczenie i świeże na-

pełnianie szuflad i flaszek, a znów usuwanie i chowanie niektórych, co wszystko „niespodziane" przybycie wizytatora zapowiada, który naturalnie znajduje to co widzi w należytym porządku.

Przeglądnąwszy cały ten szereg wybitniejszych dopiero mataczów lekarskich, łatwo można przyjść do przekonania, że jeżeli skarżyć się możemy na brak lekarzy, stosunkowo do innych prowincyj lub krajów, to na brak leczących, (a wychodzi to u nas na jedno), uskarżać się nie potrzebujemy. Do całkiem innych wniosków prowadziłyby odnośne wykazy statystyczne, gdyby nimi obok lekarzy objęto i wszystkich innych terapeutów, cieszących się najczęściéj większym rozgłosem i wziętością od lekarza. To też lekarz prowincyjonalny, który według statystyki udzielać ma pomocy 14 do 16 tysiącom ludności, zamiast jakby się to zdawało być przeciążonym do zbytku pracą, a co za tém idzie opływać w materyjalne dostatki, w rzeczywistości ma aż nadto wiele wolnego czasu, bo odtrąciwszy z tych 14—16 tysięcy połowę, która nigdy lekarza nie potrzebuje, kilka również tysięcy poprzestających na pierwszym lepszym szarlatanie, na terapii cyrulika, akuszerki, aptekarza etc., odtrąciwszy wreszcie znacznie już skromniejszą ilość tych, co lekarza w ostatecznéj dopiero chwili przebywszy różne kuracyje szukają, pozostaje z owych tysięcy zaledwie kilkadziesiąt osób udających się z ufnością do lekarza, a którzy właściwie podstawę jego egzystencyi stanowią. Za bardzo szczęśliwego też musi się uważać każdy lekarz prowincyjonalny, pominąwszy rzadkie wyjątki, którego przychody równają się np. przychodom adjunkta sądowego, naturalnie bez jego spokoju o jutro, nadziei awansu i nie troszczenia się o spokojny kawałek chleba na stare lata; a ileż jest takich kolegów, którzy i do tego doprowadzić nie mogą, pomimo że osiedlają się „na powszechne żądanie ludności" i pełnią obowiązki lekarzy miejskich. Wprawdzie w czasie epidemij daje się czuć wielki brak lekarzy; jednakże klęski te nawiedzają kraj nasz na szczęście w dosyć długich odstępach, żądać więc zwiększenia liczby lekarzy z tego powodu możnaby chyba tylko wtedy, gdyby ci na kształt legendowych rycerzy przesypiali, wolni od wszelkich potrzeb, spokojne czasy, budząc się na czas tak długi, na jaki ich władze do walki za dyjetami z niszczącą plagą powołają. Konstatując zaś stosunkowy brak lekarzy, naturalnie tylko w ściślejszém tego słowa znaczeniu, mówić zarazem o potrzebie ich pomnożenia, by ich w ten sposób jak chce poseł Dr. Czerkawski zmusić do osiedlenia się po wsiach naszych, byłoby to to, samo, (że użyjemy może zbyt dosadnego porównania) co chcieć zmusić np. szewca, by pracując dla drugich szukał zarazem tą drogą środka do życia tam, gdzie się bez butów obchodzą, lub ich za co nabyć nie mają. Wszakże mamy w kraju naszym stosunkowo szczupłą garstkę techników, jednakowoż i ci przy nierozwiniętym przemyśle nie wszyscy mogą znaleść odpowiednie swemu wykształceniu stanowisko, co jednak zamiast ich zmusić do osiedlania się już nie po wsiach ale po mniejszych miastach naszych, zmusza ich często do szukania z konieczności skromnego kawałka chleba w zajęciu z zawodem technicznym często nic wspólnego nie mającém. Czy podobny los byłby pożądanym dla stanu lekarskiego i rozwoju umiejętności, a w zamian za to, czy wyniknęłyby z tego jakie korzyści dla ludności?

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. Ospa nie zmieniła się w Londynie. Leczyło się w szpitalach 46, zapadło świeżo 7, umarł 1. w Wiedniu umarło 2, w Bukareszcie 14. w Paryżu 19, w Budapeszcie 3, w Pradze i Petersburgu 6, w Barcelonie 23. Odra utrzymuje się w równém nasileniu w Kopenhadze i Liverpoolu a płonica w Bukareszcie i Londynie. W Barcelonie umarło więcéj z duru brzusznego. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 3, w Londynie 1.

Od 26 października do 1 listopada zapadło w Memfisie na febrę żółtą 10, a umarło 3.

Z chorób zakaźnych umarło w Krakowie w tygodniu 48 osób 10 mianowicie: 5 z ospy (w ul. Długiéj l. 10. w ul. Floryańskiéj l. 363, w ul. Szpitalnéj l. 406, w ul. Wolskiéj l. 72 i w szpitalu św. Ludwika); 2 z dławca (w ul. Małéj l. 155 i na Kleparzu); 2 z płonicy (w ul. Siennéj l. 198 i w ul. Mostowéj l. 330); 1 z krztuśca (w ul. Wielopole l. 91), a doniesiono w tymże czasie o 6 przypadkach ospy (ze Smoleńska l. 60, z ul. Bernardyńskiéj, z ul. Krzywéj l. 88, z Kleparza l. 85 i 91, ze szpitala św. Ludwika); 3 Variolois (z ul. Floryjańskiéj l. 339, z ul. Karmelickiéj l. 62 i z Podgórza); 2 Varicella (z zabudowań kolejowych); 3 duru brzusznego (ze szpitala św. Łazarza, z Wadowic i z ul Gazowéj l. 326); 3 błonicy (ze szpitala św. Ludwika, z ul. Szpitalnéj l. 404, z ul. Górnych Młynów l. 121) 1 róży (ze Zwierzyńca).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 47 umarło w Krakowie na rok i 1000 mieszkańców 39,6; we Lwowie 24,8; w Warszawie 24,7; w Poznaniu 27,4; w Wiedniu 24,7; w Budapeszcie 29,5; w Pradze 32,4; w Tryjeście 29.6; w Berlinie 23.2; w Wrocławiu 19,3; w Monachijum 33,2; w Dreznie 17,9; w Lipsku 22,8; w Bazylei 17.6 Brukseli 21.4; w Paryżu 24.8; w Londynie 25,4; w Kopenhadze 35,8; w Stokholmie 19,1; w Chrystyjanii 18,0; w Petersburgu 32.0; w Odesie 35,4; w Bukareszcie 39,0; w Barcelonie 32,1; w Aleksandryi 41,0; w Nowym Yorku 24.2; w Bombayu 32,9 w Madrasie 39.9. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 grudnia. Otrzymaliśmy następujący list:

Szanowny Kolego Redaktorze!

Przed kilkoma dniami spostrzegłem przypadkowo, że w ogłoszeniach kupieckich o wodzie gorzkiéj ze zdroju Wiktoryi w Budapeszcie, rozesłanych z dziennikami warszawskiemi, a noszących znamię cenzury rosyjskiéj z dnia 21 sierpnia 1879 Nr. 5825, zamieszczono poświadczenie moje o skuteczności téj wody w słowach: „Opinija profesora Uniwersytetu Dra Ed. Korczyńskiego w Krakowie. „Woda gorzka Victorii" zastósowaną była z wybornym skutkiem w c. k. klinice."

Ponieważ nigdy nikomu żadnego poświadczenia o skuteczności jakichkolwiek wód lekarskich nie udzielałem, i z zasady nie udzielam, przeto powyższego nadużycia mego nazwiska jako fałszerstwa sądownie poszukiwać będę. Szanownego Kolegę Redaktora zaś upraszam uprzejmie, ażeby dla przestrogi innych raczył doniesienie moje umieścić w najbliższym Nrze Przeglądu Lekarskiego.

Z zapewnieniem prawdziwego szacunku

Kraków d. 30 listopada 1879. Prof. Dr. Korczyński.

* Temi dniami Drowie Gauster, Scholz i Kohn we Wiedniu w imieniu kilku tysięcy lekarzy austryjackich wręczyli prezesowi ministrów hr Taaffemu memoryjał względem utworzenia Izb lekarskich. P. Minister przyrzekł zbadać sprawę gruntownie a deputacyję przyjął bardzo uprzejmie.

* Obecny minister spraw zagranicznych w Stambule, Savas basza, jest lekarzem i przed kilku laty jeszcze miał znaczną praktykę w stolicy tureckiéj. *(D. m. W.)*

* Lekarz angielski Dr. Philipps, który skutkiem zderzenia się pociągów poniósł obrażenie kręgosłupa i stał się niezdol-

nym do wykonywania praktyki, na mocy wyroku sądowego otrzymał od dyrekcyi kolei w Londynie sumę 320,000 marek. (*D. m. W.*)

* **Paryż**. D 16 listopada rozpoczął prof. Ball wykłady swoje o chorobach umysłowych i nerwowych. Przedmiotem wykładu wstępnego była historyja psychijatryi. Na wykładzie tym oprócz wielkiéj liczby uczniów obecnych było 11 profesorów, daléj słynni psychijatrzy: Moreau (de Tours), Luys, Lasègue, Lunier, Dagonet, Mesnet, Ritti, wreszcie wielu uczonych nielekarzy, jak Arago, Krishaber, Pilon itd. Dowodzi to w każdym razie wielkiego zajęcia, jakie nauka budzi w Paryżu.

* **Mianowania i odznaczenia**. W wydziale lek. w Nancy mianowani zostali: Morel profesorem histologii, Lallement anatomii opisowéj a Hergott prof. kliniki położniczéj. — Asystenci kliniczni Mikulicz i Woelfler habilitowali się jako docenci chirurgii we Wiedniu, a Dr. Andrzej Tåkacs jako docent patologii nerwów w Budapeszcie.

* **Nekrologija**. W Paryżu umarł Dr. Jan Chenu, znakomity lekarz wojskowy, licząc lat 71. Zmarły odbył kampanije w Algierze, w Krymie, a podczas ostatniéj wojny był inspektorem jeneralnym ambulansów; dawniéj pełnił przez lat 16 obowiązek bibliotekarza w szkole w Val-de Grâce; był także autorem licznych i cenionych prac treści wojenno lekarskiéj.—W Odesie umarł Dr. Kleberg, lekarz naczelny tamecznego szpitala miejskiego.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 48: Matlakowskiego: Zapalenie stawów rzeżączkowe; Kośmińskiego: Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyją, akomodacyją i ostrość widzenia (c. d.); *Gazety Lekarskiéj* od kilku tygodni nie otrzymujemy. — W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 23: Buszka: Przyczynek do statystyki śmiertelności głównie z chorób zakaźnych i ważniejsze jéj przyczyny.

Piśmiennictwo lekarskie. LEOPOLD C. G. Das skoliotisch u. kyphoskoliotisch-rachitische Becken. M. 14. Holzschn. u. 15 Taf i. Lichtdruck. Fol. Leipzig, F. C. W. Vogel.

MARTINEAU L. Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes. Gr. in 8. Paris, G. Baillière. Fr. 14.

MENCKE W. Das Krankenhaus der kleinen Städte. M. 6 Taf. u. Holzschn. 8. Berlin, Enslin. M. 2.50.

MILNE Edwards H. Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux. T. 12. 8. Paris, G. Masson. Fr. 15.

MOLESCHOTT J. Die Einheit d. Wissenschaft a. d. Gesichtspunkt d. Lehre v. Leben. Rede 8. Giessen, Roth. M. 1.

NÉLATON A. Éléments de pathologie chirurg. 2. éd. T. 4. 2. part. par J. Péan. gr. 8. av. fig. Paris, Germ. Baillière. Fr. 7.

ORTILLE E. De la Dyspnée nerveuse des néphrites. gr. 8. Paris, Doin. Fr. 4.

PANAS F. et A. REMY. Anatomie pathol. de l'oeil. av. 26 pl. 8. Paris, Delahaye. Fr. 12.

PERLS M. Lehrbuch d. allg. Pathologie. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 10.

PETER M. Leçons de clinique médicale. T. 2. av. fig. 8. Paris, Asselin. Fr. 15.

PETIT H. Traité de la gastrostomie. 8. Paris, Delahaye. Fr. 6.

POULET A. Traité des corps étrangers en chirurgie. Av. 100 fig. 8. Paris, Doin. Fr. 14.

ROTHE C. G. Compendium d. Frauen-Krankheiten. M. 50 Holzschn 8. Leipzig, Abel. M. 5.

ROUIS J. L. Recherches s. l. transmission du son d. l'oreille humaine, av. fig. 4. Paris, Gauthier-Villars. Fr. 8.

RÜDINGER. Prof. Dr. Beiträge z. Morphologie d. Gaumensegels u. d. Verdauungsapparates. M. 5 Taf. in Farbendr gr. Fol. in Farbendr. gr. Fol. in Mappe u. 2 Holzschn. Lex. 8. Stuttgart, Cotta. M. 16.

SAULLE L. d. Étude médico-légale s. l. testaments cont. pour cause de folie. 8. Paris, Delahaye. Fr. 9.

SOUBEIRAN J. L. Hygiène élémentaire. 3. éd. 18. Paris, Hachette. Fr. 1½.

STRICKER S. Studien üb. d. Bewusstein. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 2.40.

— Vorles. üb. allg. u. experim. Pathologie. 3. Abth. 1 Hälfte. M. 1 Holzschn. gr. 8. Ebd. M. 2.40.

THOMPSON H. Clinical Lectures on Diseases of the Urinary Organs. 5th ed. 8. London, Churchill. sh. 10½.

— R. E. The Causes and Results of Pulmonary Haemorrhage. With Illustr. 8. London. Smith and Elder. sh. 10½.

TILLAUX P. Traité d'anatomie topogr. 2. éd. Gr. in 8. avec fig. Paris, Asselin. Fr. 26.

VERRIER E. Manuel pratique de l'art des accouchements. 3. d. av. 90 fiig. 18. Paris, Savy. Fr. 6½.

VOIGT L. Der Erfolg. m. d. animalen Vaccine i. d. Hamburger Impfanstalt. gr. 8. Leipzig, Vogel M. 1.

VOISIN A. Traité de la paralysie générale des aliénés. gr. 8. avec planches. Paris, Baillière et fils. Fr. 20.

VOLTOLINI R. Die Rhinoscopie u. Pharyngoscopie 2. Aufl. 1 Hälfte. M 15 Holzschn. u. 1 Taf. gr. 8. Breslau, Morgenstern. M. 5.

WEST C. Lectures on the Diseases of Women. 4th ed, with num. Add. by J. M. Duncan. 8. London, Churchill. sh. 16.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 10 grudnia rb. o godz. 5 popoł. posiedzenie nadzwyczajne w Sali wykładowéj Kliniki okulistycznéj. Na posiedzeniu tém toczyć się będzie dalsza rozprawa nad zasadami połączenia się Towarzystwa krakowskiego z Tow. lekarzy galicyjskich. Jak najliczniejsze zebranie się kolegów jest pożądane, a dla możności bliższego zastanowienia się nad projektem Komisyi *ad hoc* wyznaczonéj odbitki tegoż załączają się do wszystkich egzemplarzy Przeglądu Lek. przeznaczonych dla Kolegów w Galicyi zamieszkałych.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Wtorek (wyjątkowo z powodu przypadającego we Środę posiedzenia Akademii) dnia 9go bm. o godz. 5 popoł. posiedzenie, na którém 1) p. Trochanowski poda wynik rozbioru chemicznego wody zdrojowéj w Szczawniku; 2) Dr. Lutostański przedstawi sprawę budowy łazienek w Żegiestowie; 3) Odczytaną zostanie rozprawa Dra Pietrzyckiego z Kosowa o Burkucie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi.				
Rocznie	w Austryi 8 zlr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 13 grudnia 1879. № 50. Rok XVIII.

I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.

Choroby narządu oddechowego.

II. Rozedma płuc (*Emphysema pulmonum*).

Opracował Dr. St. Smoleński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49.)

Napady zadyszkowe (astmatyczne), niekiedy w rozedmie się pojawiające, można uważać tylko za wyższy stopień duszności, w tém znaczeniu, że ostatecznym pośrednikiem takowych jest ośrodek oddechowy. Jak duszność zwiększa się w miarę natężenia sprawy nieżytowéj w oskrzelach, tak i zadyszka występuje często skutkiem zaostrzenia nieżytu. Wymowny przykład takiéj zależności napadów astmatycznych od nieżytu oskrzelowego mamy w jednym z naszych przypadków, w którym u służącéj 26-letniéj, cierpiącéj od dzieciectwa na nieżyt oskrzelowy, napady astmatyczne, które po przekonywających uwagach Biermera (*Volkmanns Samml. klin. Vortr. 12*) uważamy jako kurcz mięśni oskrzelowych podczas wydechu, zawsze poprzedzane były zaostrzeniem nieżytu oskrzelowego.

O objawach fizycznych rozedmy płuc na podstawie naszych przypadków nie ma nic do namienienia.

Wielkiéj doniosłości jest wpływ rozedmy na narząd krążenia, mianowicie na samo serce, dlatego też w każdym przypadku przy rozpoznaniu choroby uwydatniano, czy przeszkody w krążeniu, jakie rozedma płuc nieodzownie za sobą pociąga, są zrównoważone przez przerost prawéj komórki serca, lub téż nie. W pierwszym razie rozedmę rozróżniano jako kompensowaną, w drugim, skoro mimo przerostu serca wystąpiły objawy zastoju krwi żylnéj, niekompensowaną. Na podstawie naszych przypadków można wnioskować, że im chory rozedmą dotknięty jest młodszy, im lepiéj odżywiony i silniejszy, tém rychléj i dokładniéj rozedma kompensuje się przerostem serca i tém trwaléj taż kompensata się utrzymuje, i naodwrót: im chory w więcéj podeszłym jest wieku, im więcéj osłabiony pracą itp. i w im gorszych przebywa warunkach higijeniczno-dyjetetycznych, tém trudniej wytwarza się dostateczna kompensata, a wytworzona już kompensata tém rychléj niknie skutkiem następującego zwyrodnienia (zwykle stłuszczenia) mięśnia sercowego. To właśnie zniesienie kompensaty stanowi główne niebezpieczeństwo dla chorych. We wszystkich przypadkach, które się skończyły śmiercią, stwierdzono przy badaniu pośmiertném rozszerzenie prawéj komórki serca, oraz zgrubienie i zwyrodnienie tłuszczowe jéj ścian, a chorzy umierali wśród objawów niekompensowanéj organicznéj wady sercowéj.

Przerost lewéj komórki, niekiedy również się pojawiający, tłumaczył się przeszkodami w zakresie krążenia tętniczego (np. miażdżycą tętnic itp.). W jednym przypadku jako przyczynę przerostu lewéj komórki stwierdzono zapalenie mięśnia sercowego (*myocarditis*). Niektórzy sądzą (np. Hertz, *Ziemssens Hdb.* I. c. 361), że śród znacznych zastoin żylnych podwyższenie ościennego parcia krwi nie tylko przenosi się na naczynia włosowate ale i na tętnice, co ma również wywoływać przerost lewéj komórki.

Zmiany odżywcze mogą wszakże występować również i w śródsierdziu, dość często bowiem zdarza się zgrubienie zastawek i brzegów zastawkowych, zwłaszcza na zastawce dwukończystéj. Zmiany te odżywcze (nie zapalne, Lebert) mogą w dalszym rozwoju pociągnąć za sobą skrócenie i skurczenie blaszek zastawkowych, przez co powstać może niedomykalność (przeważnie zastawki dwukończystéj). Wybitny przykład tego rodzaju postrzegano w naszéj klinice.

M. B., l. 57, wyrobnica, przyjęta w r. 1875 do kliniki z objawami rozedmy płuc wyższego stopnia, niezupełnie już kompensowanéj, po 3 miesięcznym pobycie (leczenie przyrządem Waldenburga) wyszła ze znaczném polepszeniem. W rok późniéj przedstawiła się z przewlekłém zapaleniem osierdzia, a znów po roku zjawia się z wybitną niedomykalnością zastawki dwukończystéj, którą i sekcyja stwierdziła.

Jako bezpośrednie następstwo przeszkód w krążeniu wywołanych rozedmą, występuje obrzmienie wątroby (częstokroć jako pierwszy dyjagnostyczny objaw niezupełnéj kompensaty). We wszystkich przypadkach rozedmy, które się ukończyły śmiercią, stwierdzono w wątrobie mniejszego lub większego stopnia zastój żylny. Za życia obok powiększonych rozmiarów wypukowych wątroby dawał się, jeśli temu nie przeszkadzała większa puchlina brzuszna, wymacać brzeg wątroby bolesny. Z téj saméj przyczyny we wszystkich prawie przypadkach (zwłaszcza niezupełnie kompensowanych) znajdowały się przypady nieżytu żołądkowo-jelitowego, niekiedy obrzmienie śledziony, białkomocz (nerka zastoinowa). W wyższych stopniach rozedmy, (mianowicie gdy już nastąpiło zwyrodnienie serca), pojawia się opuchlina zaskórna, piersiowa, brzuszna, nareszcie obrzęk płuc.

Sinica, będąca następstwem zastoju żylnego, pozostawała po większéj części w prostym stosunku do jego nasilenia. Znaczna sinica, obok bardzo małego zastoju krwi żylnéj, tłumaczy się niedostatecznem wydalaniem kwasu węglowego z płuc, skutkiem niedostatecznego wydechu (zmniejszenie sprężystości ścian pęcherzykowych, ustawienie wdechowe klatki piersiowéj). Obserwowano jeden bardzo pouczający w tym kierunku przypadek.

J. S., l. 45., *Emphysema maj. grad. essentionale. Compensatio completa.* Duszność wielka, sinica bardzo znaczna; objawów zastoinowych niema. Do rozpoznania dodano więc: niedostateczne przewietrzanie płuc i niedostateczne wydalanie ze krwi kwasu węglowego. Przy użyciu przyrządu Waldenburga sinica znacznie się zmniejszyła.

Mniemanie, jakoby rozedma płuc zabezpieczała chorych od gruźlicy płuc tak ostréj jako i „przewlekłéj“ (Rokitansky), zachwiało się pod wpływem nowszych postrzeżeń. Burkart (*Deutsche Zeitschr. f. kl. Med.* XII 3 i 4 str. 278, 1873) w 18tu przypadkach gruźlicy prosówkowéj postrzegał 12 razy starą rozedmę wyższego stopnia: Büchner (*Würzb. Zeitschr.* II, 1) przytacza przypadek t. zw. przewlekłéj gruźlicy w płucach dotkniętych rozedmą, a i między naszemi przypadkami znajduje się jeden, w którym obok wyższego stopnia rozedmy płuc samoistnéj stanowczo naciek serowaty szczytu płuca prawego rozpoznać było można.

O ile słusznem jest zdanie, jakoby rozedma płuc wykluczała możebność rozwijania się wad sercowych, wspomniałem już poprzednio, oraz przytoczyłem przykład wady sercowéj powstałéj skutkiem długotrwałéj rozedmy płuc.

Z chorób wikłających rozedmę płuc najczęściéj przydarzają się te, które są wiekowi podeszłemu właściwe. Tu należy przedewszystkiem miażdżyca tętnic (w naszych przypadkach bardzo częsta), stanowiąca powikłanie o tyle niepomyślne, o ile utrudnia tém więcéj działanie serca i przyspiesza zniesienie kompensaty. W jednym przypadku stwierdzono sekcyją powikłanie z zapaleniem mięśnia sercowego. Dosyć często wikłało rozedmę zakażenie wyskokowe i obrzęk śledziony zimniczy, a w kilku przypadkach zapalenie płuc nieżytowe. W 3ch przypadkach znajdowały się objawy zapalenia nerek śródmiąższowego (*nephritis interstitialis*), którąto chorobę można także uważać nie jako powikłanie, lecz jako następstwo rozedmy płucowéj, idąc w ślad za autorami, którzy rozrost łącznotkankowy w nerkach wywodzą między innemi także z długotrwałego zastoju żylnego, i opierając się na najnowszych zestawieniach Bambergera (*Volkm. Samml. klin. Vortr.* Nr. 173), z których wynika, że w zwłokach ludzi dotkniętych rozedmą płucową obok zapalenia miąższowego napotyka się dosyć często zapalenie śródmiąższowe, czyli jak Bamberger nazywa, „postać zanikową choroby Brighta.“

Co się tyczy leczenia, to nie wiele mamy do namienienia. W celu ułatwienia przewietrzania płuc i wspierania upośledzonéj sprężystości takowych używano bardzo często przyrządu Waldenburga i to z pomyślnym skutkiem; wyniki postrzeżeń pod tym względem będą jednak przedmiotem osobnéj rozprawy klinicznéj. Zresztą zwracano przedewszystkiem uwagę na nieżyt oskrzelowy i na zachowanie się czynności serca.

Stósownie do szczegółowych wskazań, używano więc przeciwko nieżytowi oskrzelowemu środków wykrztuśnych (ipekakuany, przetworów antymonowych), środków alkalicznych, dając pierwszeństwo wodzie szczawnickiéj, balsamicznych, z pośród których najczęściéj używano wziewań olejku sosny francuskiéj (*ol. pini pumilion*), kaszel zaś silny uśmierzano środkami odurzającemi, w czem częstokroć okazywały się także pomocnemi bańki suche. Jako środka wykrztuśnego używano także w kilku przypadkach apomorfinu, jednakże nie widziano po leku tym skutków lepszych, niż w doświadczeniach wykonanych w oddziale prof. Korczyńskiego w czasie, gdy był prymaryjuszem w szpitalu św. Łazarza, a opisanych przez Dra P. Pieniążka w Przeglądzie Lekarskim w r. 1875 (Nr. 19, 22 i 24).

Ze względu na czynność serca u ludzi źle odżywionych i niedokrwnych podawano z korzyścią leki skrzepiające (żelazo, chinin), a to w celu poprawienia mięszaniny krwi i sprowadzenia lepszych warunków dla odżywienia mięśnia sercowego; w przypadkach zaś, gdzie czynność serca była upośledzoną, dawano środki podniecające (wino, wyskok, kamforę itp.), a dla ułatwienia wykrztuszenia uciekano się do środków wykrztuśnych podniecających (najczęściéj przetworów amonowych). W kilku przypadkach, gdzie zamierzano w sposób łagodny podniecić przemianę pierwiastków, używano kąpieli lotnich mimo istnienia nieżytu oskrzelowego, i to ze skutkiem pomyślnym.

Przeciw opuchlinie najlepiéj jeszcze skutkowało postępowanie napotne. W ostateczności uciekano się do odprowadzenia na zewnątrz płynu puchlinowego sposobem Wolfa, tj. za pomocą igiełek używanych do wstrzykiwań podskórnych, które do tkanki podskórnéj wkłuwano i łączono z cewką gumową.

W jednym takim przypadku wśród wysokiego stopnia rozedmy płuc (*tumor hepatis, hyperaemia renum passiva, hydrops universalis*) zakładano dreny Wolfa. Przez 4 sączki, założone pod skórę odnogi dolnéj prawéj, wysączyło się w kilku godzinach 1400 ctm. sześć. płynu surowiczego, o c. g. 1010, zawierającego bardzo wielką ilość białka. Duszność wprawdzie stała się nieco mniéj dolegliwą, ale puchlina się nie zmniejszała. Po wyjęciu sączków z otworów skórnych wydobywał się jeszcze przez kilka dni płyn surowiczy bezustannie. Na 3ci dzień pojawiła się na odnodze dolnéj prawéj róża, po kilku dniach śmierć śród objawów obrzęku płuc.

Przeciw duszności i napadom astmatycznym podawano najczęściéj środki odurzające (chloral, makowiec, morfin, chloroform). Próbowano również za radą Sée'go jodku potasu, jednak bez widocznego skutku.

II. Leczenie przywykłego zaparcia stolca wyczekiwaniem bez zadawania środków rozwalniających.

Podał **Dr. Kaczorowski** z Poznania.

Przywykłe zaparcie stolca, jeden z najpowszedniejszych żalów ludzkich, najczęściéj opiera się stale całemu zastępowi środków rozwalniających, jakie przeciwko téj niemocy zalecane bywają. Niepowodzeniem rad lekarskich zrażona publiczność udaje się więc do szalbierzy, albo na własną rękę szuka pomocy w przeróżnych środkach tajemniczych, przez pisma publiczne zachwalanych i bywa wyzyskiwaną z niemałym tak dla kieszeni jak dla zdrowia uszczerbkiem.

Przyczynić się do ukrócenia téj eksploatacyi, nie mniéj do większéj powściągliwości w używaniu rozwalniających leków przeciw samemu zaparciu stolca wymierzonych, zadaniem jest niniejszéj rozprawki.

Nie myślę wdawać się w wyczerpujący rozbiór naukowy zaparcia stolca, jako chorobowego zjawiska, ani pod względem ajtiologicznym ani też terapeutycznym; — chciałbym tylko przytoczyć kilka praktycznych uwag, celem rozświecenia tak zwanego przywykłego (*habituell*) zaparcia stolca, na jakie osoby zresztą względnego używające zdrowia uskarżać się zwykły.

Nasamprzód tedy warto się zastanowić nad kwestyją, jak długo wypróżnienia odbytnicy zatrzymać się mogą bez rzeczywistego nadwerężenia zdrowia osoby nie podlegającéj jakimbądź ważniejszym zboczeniom głównych narządów wewnętrznych? Fizyjologia nie daje na to zapytanie dokładnéj odpowiedzi; codzienne wypróżnienia stolcowe uważane są powszechnie za prawidło — wydarzają się jednak dość liczne od téj reguły wyjątki.

Że kilkudniowe i dłużéj trwające zatrzymywanie stolca samo przez się nie wywołuje ani przykrzejszych zboczeń, ani szkodliwych następstw u ludzi nieuprzedzonych w przedmiocie zdrowia swojego, o tém zdaniem mojém poucza nas przykład prostego ludu, który za zdrowia nigdy, a w czasie choroby nader rzadko od lekarza domaga się środka rozwalniającego.

Biegunka zaniepokoi wieśniaka ale nie zaparcie, które on nawet w czasie niedomagania, gdzie dla braku łaknienia nie spożywa stałych pokarmów, za naturalne uważa następstwo, odpowiadając na zapytanie lekarza, czy wychodził na stolec: „a z czémże mam wychodzić, kiedy nie jem“? U prostego ludu więc przywykłe zaparcie stolca zdaje się być *terra incognita*.

Atoli i w wyższéj warstwie znałem ludzi, co prawda staréj jeszcze daty, którzy zaledwie raz w tydzień wychodząc na stolec, najwyborniejszym apetytem, najpożądańszém zdrowiem się cieszyli; a którym ani się śniło narzekać kiedykolwiek na obstrukcyję.

Skargi na zaparcie zdają się być raczéj wypływem nowoczesnéj cywilizacyi, mianowicie coraz bardziéj upowszechniającego się prądu popularyzowania wiadomości lekarskich. Pojęcie o normie regularnych codziennych ekskrecyj brzucha zdolne jest u ludzi, przyzwyczajonych do śledzenia swoich czynności ustrojowych, natychmiastowe wzbudzić obawy, skoro przy lada sposobności np. w podróży albo w lekkich niedomaganiach, skutkiem czasowéj zmiany zwyczajnego trybu życia, trochę się stolec opóźni. Skwapliwie zaradza się sztuką temu niedostatkowi — ale skuteczny na razie środek pociąga za sobą znów kilkudniowe zaparcie, — trzeba więc lek powtórzyć, i otóż początek dany do wytworzenia przywykłego zaparcia stolca, gdyż ustawiczne używanie rozwalniających środków nie pozwala już odtąd zebrać się odbytnicy do samodzielnego aktu. Jeśli bowiem na uwagę weźmiemy mechanizm odbywający się przy wypróżnianiu odbytnicy, polega on na następującym zbiegu okoliczności.

Nagromadzony w odbytnicy kał, drażniąc jéj nerwy czuciowe, wywołuje odruch w włóknach mięśniowych czyli skurcz robaczkowy, który dochodząc aż do zwieracza w pierwszéj chwili utwierdza zwarcie się ostatniego, stawiając zaporę posuwającemu się kałowi i zawiadomiając nas zarazem o potrzebie oddania stolca. Wypróżnienie dopiero następuje wtedy, gdy dowolnie zluźnimy zwieracz, albo też gdy skurcz robaczkowy przemoże siłę zwieracza. Za pomocą prasy brzusznéj możemy poprzeć jeszcze dowolnie ruch robaczkowy odbytnicy, niezależny zresztą wcale od woli naszéj. Spójność kału bywa przytém mniéj więcéj miękka. Jasną więc jest rzeczą, że po obfitszém aniżeli w zwyczajnych warunkach wypróżnieniu, jakie nastąpiło skutkiem użycia rozwalniającego leku, odbytnica nie zapełni się zaraz dni następnych tak dalece kałem, ażeby objętość jego wystarczyła do skutecznego podrażnienia tejże. Mierna ilość nieruchomego kału, im dłużéj zalega w odbytnicy, tém bardziéj wysycha, już to skutkiem wessania płynnych jego części, już to zmniejszonego wydzielania śluzu. Tworzą się twarde bobki, które jako obce drażnią przeważnie zwieracz, a chociaż pobudzają i ruch robaczkowy, ten zaledwie wystarczy do zbicia tych bobków w skamieniałą niemal masę, ale nie zdoła jéj przepchnąć przez otwierane w prawdzie siłą woli, ale mimowolnym odruchem co chwila przymykane wrota zwieracza.

Tak rzecz pozostaje trzy, najdaléj cztery dni, — mieniący się pacyjentem samopostrzegacz doświadcza coraz większego moralnego niepokoju, a jeśli wrażliwy i pewnych niedogodności, jako to: wzdęcia brzucha, nawałów krwi do głowy i t. p., dłużéj więc czekać się obawiając chwyta na nowo za lek rozwalniający i odtąd już z zaklętego koła przywykłego zaparcia się nie wydobędzie.

Szczęśliwy, kto poprzestając na łagodnych środkach solnych, zwolna dojdzie do uregulowania czynności odbytnicy; kto zaś popadnie w nałogowe używanie drastycznych leków, zwyczajnie zawartych w zachwalanych uniwersalnych środkach przeciwko zatwardzeniu, chyba przypadkiem dostawszy się w ręce homeopaty, doczeka się mimowiednie naturalnego stolca, bez pomocy rzeczywiście rozwalniającego leku. Taką po większéj części bywa historyja dotkniętych przywykłém zaparciem stolca.

A teraz zastanówmy się pokrótce nad kwestyją, czy zaparcie stolca w warunkach dopiero co określonych jest chorobowém zjawiskiem, wymagającém koniecznie interwencyi lekarskiéj.

Co się tyczy treści wstrzymanego kału, wiadomo, że ciała w prawidłowy skład jego wchodzące nie mają własności, któreby jelito uszkodzić zdołały. Nieprawidłowe tylko przymieszki n. p. roślinne i zwierzęce pasorzyty, rozłożona krew, ropa i t. p. czynią go drażniącym, a wtedy najczęściéj samo jelito téj chorobliwéj treści pozbyć się usiłuje objawem biegunki. Również wiadomo, że prawidłowy kał, choć długo zatrzymany w jelicie, nie podlega w niém wcale szkodliwym rozkładom, co tylko z moczem się dzieje, jeśli zbyt długo w pęcherzu pozostaje.

Ale możnaby przypuścić, że zbyt wielka zbitość nad

miarę nagromadzonego kału zdolną byłaby przez mechaniczne drażnienie sprowadzić zapalenie jelita, albo zgoła uniepodobnić wypróżnienie, bez przywołania w pomoc środków rozwalniających. Że podobne obawy nie są uzasadnione, pouczają nas terapeutyczne postrzeżenia nowszych czasów w zapalnych chorobach jelita i otrzewny, ostrzegające przed stósowaniem środków rozwalniających, a zalecające wręcz przeciwnie podawanie makowca celem ustalenia podrażnionego jelita. W zapaleniach n. p. kątnicy *(typhlitis)*, grubego jelita, nawet z niedrożności onegoż wynikłych *(ileus ex coprostosi)*, nie tylko bez środków rozwalniających obejść się można, ale co ciekawsza, to że pomimo ciągłego podawania znacznych dawek makowca po tygodniu a czasem później jeszcze normalne i to dość liczne przychodzą stolce.

Skoro więc chore, na wpół porażone jelito z czasem może dać radę długo w niém stagnującemu, a poniekąd *(coprostasis)* ogromne kłęby formującemu kałowi, nie masz zaprawdę powodu obawiać się o los jego w daleko mniej nieprzyjaznych warunkach, jakie zachodzą u ludzi na przywykłe zaparcie stolca żalących się. Przypatrzywszy się bliżéj ostatnim, podzielić ich można na dwie kategorye, wielokrewnych *(plethora)* i niedokrewnych *(anaemia)*.

Pierwsi, przeważnie mężczyźni, należą do ludzi dobrze odżywionych, opasłych, dostatnio żyjących a mało ruchu używających, u których zbytnio wytworzony tłuszcz w mięśniach grubego jelita pewną niewładność *(torpor)* utrzymuje, a zarazem i mięśniom rozszerzonego brzucha nie pozwala na energiczniejsze działanie tłoczni brzusznéj. Skłonni ztąd do zaparcia stolca a obawiając się apopleksyi, z wielkiem upodobaniem hołdują metodzie przeczyszczającéj; jeżeli **istotnie** cierpią wydarzające się u nich dość często zastoje szlachetniejszych narządów, środki rozwalniające z korzyścią stosowane bywają, a zbyt długie zaparcie stolca mogłoby na szwank narazić ich zdrowie. Drugi kontyngens zapartych, niedokrewne osoby, przeważnie kobiety, obdarzone ogólną nadczułością *(erethismus)*, mianowicie bolesnemi sensacyjami brzucha, zawdzięczają swą skłonność do zaparcia zbytniéj wrażliwości także jelita grubego, nastrajającéj do skurczów, przy lada podrażnieniu się odzywających, ale przeważnie na odśrodkowéj jego części, w zwieraczu, się koncentrujących. Ustawicznie ztąd zaciśnięty zwieracz przemożną stawia zaporę wypróżnieniom kału, podczas gdy grube jelito albo jak sznur paciorków tężcowo naokoło kału ściągnięte, albo jak balon gazami wydęte, skutecznego ruchu robaczkowego rozwinąć nie zdoła. Osoby dopiero co wzmiankowe stanowią najliczniejszy i właściwy zastęp przywykle zapartych, prawdziwe własnych cierpień a obcéj spekulacyi ofiary. Nagabywani rozlicznemi nerwobólami, szczególniéj podbrzusznemi, których przyczynę to do wątroby to do śledziony odnoszą, a których ulżenia po zwolnieniu brzucha się spodziewają, prawie codziennie sięgają do apteczki po lek rozwalniający. Z początku działają łagodniejsze środki, stępiają się jednak z czasem, trzeba podwajać dawki, posuwać się nareszcie do najsilniejszych leków drastycznych, ale i te w zwyczajnéj dozie zawodzą, w większéj zaś sprowadzają gwałtowną biegunkę połączoną z bólami, po któréj tém uporczywsze zaparcie powraca.

Zdarza się, że cały umysł tych pożałowania godnych ofiar niczém inném nie jest zajęty, jeno sposobem wypróżnienia brzucha; siadają na stolcu bez uczuwania rzeczywistéj potrzeby, wydymają się gwałtownie, ale nadaremnie, bo właśnie to skoncentrowanie uwagi na sprowadzenie czynności ustrojowych, od woli naszéj nie zależnych, często przeciwny za sobą pociąga skutek, tak przy usiłowaniu oddania kału, jak moczu albo wywołania wzwodu.

Oprócz wymienionych dwóch głównych działów usposobienia do ociężałych wypróżnień odbytnicy *(ex torpore plethorico et ex erethismo anaemico)*, nawiasowo tylko wspominam jeszcze o dziedzicznem, któremu niektórzy jakieś znaczenie przypisują, a które zdaniem mojém redukuje się do prostego od lat dziecięcych nawykania do leków rozwalniających, a tłumaczy się w ten sposób, że rodzice całe życie na sobie metody przeczyszczającéj doświadczający, praktykują takową na dziatwie swojéj, a tém samém wychowują ją na ludzi zapartych, nie umiejących obywać się bez leków rozwalniających. Rozumiejąc wszystko, co się dotąd powiedziało o warunkach zdrowia ludzi na przywykłe zaparcie stolca narzekających, nie można nabyć przekonania, jakoby ono samo przez się stanowiło chorobę, uważać je raczéj wypada za wyraz indywidualnéj względnie obniżonéj czynności organicznéj odbytnicy, tak samo jak n. p. siłę płciową, różną u różnych, która przez niewłaściwe wysilenia i sztuczne podniety do coraz niższego poziomu doprowadzoną być może. Czy taki stan wymaga czynnéj interwencyi lekarskiéj, już *a priori* należałoby wątpić, mając na uwadze, jak chore jelito z treścią swoją radzić sobie potrafi. Szukając na to zapytanie odpowiedzi w doświadczeniu, doszedłem w nader licznych przypadkach umyślnie w tym kierunku obserwowanych do wyniku, że zaparcie stolca wyjąwszy grube anatomiczne przeszkody jelita, zawsze samo się znosi bez pomocy rozwalniających leków, bylebyśmy spokojnie i dość długo wyczekiwali.

Najdłuższy termin, po upływie którego u ludzi skłonnych do zaparcia, przy zupełnie biernem wyczekiwaniu następował samowolny stolec, wynosił 20 dni. Wyraźnie przytém podnieść mi wypada, że im dłużéj się ociągało wypróżnienie odbytnicy, tém mniej spoistym bywał kał, najczęściéj papkowaty, nigdy zbity i twardy.

Pierwsze doświadczenia robiłem na chorych szpitalnych, szczególniéj takich, którzy dotknięci bolesnemi cierpieniami jelita, np. wrzodami, rakiem żołądka, dotychczas tylko za pomocą rozwalniających leków od czasu do czasu sprowadzali sobie wypróżnienie odbytnicy. Były to więc osoby, zaliczyć się dające do **eretycznéj** formy zaparcia, ale spotęgowanéj obecnością ciężkiego zboczenia anatomicznego. U tych przy biernem zachowaniu się (najwięcéj przy podawaniu małych dawek palonéj magnezyi), stolce nie zjawiały się nigdy przez 8mym dniem, opóźniały się zaś czasem do dni 15 — przy regularném zaś podawaniu makowca przychodziły czasem już 5go dnia.

Następnie zastósowywałem też metodę u chorych reprezentujących otrętwiałą kategoryję zapartych, ale także chorobliwie wygórowaną; — w przypadkach zapalenia rdzenia pacierzowego, gdzie wypieracze tak moczu jak kału pewnemu stopniowi porażenia uległy.

Wypróżnienia odbytnicy tu rzadko przed 15tym dniem miewały miejsce, raz zaś wszedłszy w bieg tak tu jak tam potém w mniejszych odstępach czasu wracały.

Z okoliczności ostatniego walnego zjazdu lekarzy wielkopolskich w czerwcu r. b. miałem sposobność podczas wizyty w zakładzie sióstr miłosierdzia po 2 przypadki wymienionych dopiero co grup chorobowych przedstawić zebranym tamże kolegom, którzy z ust samych chorych dowiedzieć się mogli, że tak długie zatrzymanie stolca nie sprawiało im

żadnych nadzwyczajnych niedogodności. Jeden z tych chorych, dotknięty zapaleniem poprzeczném rdzenia pacierzowego *(myelitis transversalis)*, u którego poprzednio żadne leki rozwalniające nie przynosiły pożądanego skutku, po 15 dniach biernego oczekiwania dostał biegunki, która w obec porażonego także zwieracza odbytnicy blisko tydzień uporczywie się utrzymywała.

Nawet w zastarzałych porażeniach mózgowych udarowych przy metodzie wyczekującéj uporne przedtém stolce regulowały się same, przychodząc mniéj więcéj dwa razy w tydzień, bez wywołania nawałów krwi do głowy.

Suchotnicy niegorączkujący bardzo dobrze nawet się czuli, wychodząc raz w dwa tygodnie na stolec.

Zebrane na chorych postrzeżenia przenosząc na względnie zdrowych, narzekających na przywykłe zaparcie stolca, zauważyłem, że przy wyczekiwaniu daleko rychléj reguluje się czynność odbytnicy. Często piątego już dnia wstrzymania się od leków rozwalniających, rzadko po za ósmym, pierwszy zjawia się stolec nie zbity, i odtąd powtarza się regularnie co parę dni, czasem nawet codziennie, bez względu na tryb dyjety.

Nie jest to wprawdzie łatwa sprawa, przyzwyczajonych do ciągłego używania środków rozwalniających nakłonić od razu do tak długiego wyczekiwania, — za to doczekawszy się szczęśliwie pierwszego naturalnego stolca, od razu nabierają zaufania do téj metody i przyznają potém sami, że to ich przywykłe niby zaparcie stolca czystém było urojeniem. Za wiele miejsca zajęłoby przytoczenie odnośnéj tu kazuistyki, — pominąć jednak nie mogę jednego przypadku, obserwowanego razem z kol. Dr. Koehlerem z Kościana. Był to pacyjent oddawna suchotnik, przed 2 laty połowiczném porażeniem rdzeniowém *(hemiplegia spinalis)* przy udziale pęcherza i odbytnicy dotknięty. Po cofnięciu się do pewnego stopnia téj sprawy, w rok późniéj nastąpił atak apoplektyczny mózgowy z ciężkiém porażeniem drugiéj połowy. Przy powolném odzyskiwaniu władzy porażonych części, gdy chory już po trosze chodził, jedynym przedmiotem jego niepokoju i trosk było uporczywe zaparcie stolca, przeciw któremu przez rok cały wszystkich prawie znanych dotąd środków rozwalniających z kolei używano, jednakże z tym tak zwyczajnym wynikiem, że sprowadzały zawsze biegunkę osłabiającą jeszcze bardziéj chorego, a zostawiającą niesmak, wzdęcie i ciągłą dolegliwość brzucha.

Dopiero gdy chory zaprzestał zupełnie używać leków rozwalniających, piątego dnia po wielkich strachach zjawił się stolec naturalny i odtąd przy dobrém łaknieniu prawie codziennie się powtarzał, tak że chory przez parę miesięcy jak na swoje stosunki bardzo pomyślném cieszył się zdrowiem, aż ponowne wzmożenie sprawy mózgowéj życiu kres położyło.

Jak wytłumaczyć tak jawny fakt, że odbytnica po odstawieniu środków wypróżniających odzyskuje prawidłową czynność? Sądzę, że wedle powyżéj określonego mechanizmu da się rzecz objaśnić w następujący sposób:

Skutkiem długiego wyczekiwania napełnia się grube jelito, a w końcu i odbytnica w niebywały dawniéj sposób, tak że kał w nich nagromadzony jak w kiszce mięsnéj ciągłą stanowi masę. W pierwszych dniach wprawdzie wysycha w odbytnicy kał coraz bardziéj, tworząc twarde i nie łatwo posuwalne bryły, w dalszym jednak ciągu czasu drażnienie mechaniczne tego twardego ciała wywołuje w błonie śluzowéj odbytnicy obfite wydzielanie śluzu, który przesiąka zwolna, a nareszcie zamienia na mniéj więcéj płynną masę. Wezbrana tą masą odbytnica tak silny teraz wzbudza skurcz robaczkowy, że zwieracz dłużéj oprzeć mu się nie zdoła; następuje więc wypróżnienie samowolne, a ponieważ dokonany przez to ubytek kału przyrastającym od góry stosem rychło wyrównywa się, a nadto kał zachowuje swą miękką spójność, sprawa ta odtąd często powtarza się i w tryb regularny wchodzić zaczyna.

Zupełnie analogiczny zbieg okoliczności znany jest oddawna z pęcherzem moczowym. Jeżeli oddawanie moczu utrudnioném jest, jak np. w chorobach rdzenia pacierzowego z powodu niewładności wypieracza, zwieracz dopóki sam nie jest także porażony bierze przewagę, tak że największe dowolne usiłowanie zwolnienia go nie podoła wypróżnić pęcherza. Przepełnienie dopiero wstrzymanym moczem pęcherza obudza w niewładnym wypieraczu tyle jeszcze skurczu, że mocz choć w małéj ilości teraz ciągle odchodzi (*ischuria parodoxa*).

Tak samo téż przepełnione jelito, nawet w razie porażenia odbytnicy, jak wyżéj wskazałem, zdobywa się na samowolne wypróżnienia, co naturalnie tém łatwiéj przychodzi do skutku, jeżeli, jak to bywa u ludzi na przywykłe zaparcie narzekających, odbytnica nie jest porażoną, lecz względnie w czynności swojéj upośledzoną.

Wyczekiwanie więc, jako sposób przeciw usposobieniu do ociężałych wypróżnień odbytnicy, da się wyrozumować tak na fizyjologicznych jak na patologicznych zasadach a jeżeli téj metodzie i doświadczenie przywtarza, winna zająć miejsce nadużywanych powszechnie, a do celu nie prowadzących środków rozwalniających wszędzie tam, gdzie nie zachodzi potrzeba oczyszczenia jelita z chorobowéj treści, albo odprowadzenia (*derivatio*) cieczy od żywszéj od zagrożonych skutkiem zastoju innych szlachetnych narządów.

Nie chcę przeczyć, że u skłonnych do obstrukcyi doprowadzanie w pokarmach soli szczególniéj roślinnych jako pomnażających ciecze jelitowe, albo grubszych roślinnych włókien, jak np. chleba razowego, powiększających mechaniczne drażnienie odbytnicy, może się wielce przyczyniać do ułatwienia regularnych codziennych stolców, — rozwalniające zaś leki są zbytecznemi a nawet szkodliwemi, bo przywykłe zaparcie stolca jest niczém inném jak zabobonem, utwierdzonym przez nałóg a wyzyskiwanym przez niesumienną spekulacyję.

III. Oceny i sprawozdania.

Hueter: Gangrène foudroyante.

A. W. 63 lat liczący, silnie zbudowany mężczyzna, został ubodzony przez wołu d. 16/4 br. tak, że róg wbity pod więzadło Pouparta, cokolwiek na zewnątrz od naczyń udowych, oddarł skórę *ad fasciam latam* w kierunku krętarza większego. W pierwszych dniach uszkodzony nie zważał wiele na ranę, opatrując ją fenolem a późniéj gnojem krowim; gdy jednak stan jego się pogorszał, przywieziono go dnia 30/4 do szpitala. Badanie wykazało nekrozę skóry odpowiednio do jéj oddarcia, ciemno-zielonawe jéj zabarwienie, a w otoczeniu téjże ciastowaty naciek tkanki łącznéj podskórnéj i trzeszczenie pochodzące od gazów, a więc odmę gnilną; H. jednak ze względu na dobre siły chorego i na ograniczoną odmę rokował pomyślnie. Skórę nekrotyczną

przecięto, brzegi odjęto, a zgorzelinową tkankę łączną 3% fenolem wymyto. wyskrobano i założono opatrunek przeciwgnilny. Wieczorem znalazł H. chorego bez bólu, ciepl. 38·2, rano (1/5) zmieniono opatrunek nie zauważywszy nic szczególnego; wieczór ciep. 39·0, rano 37·2, chory podmiotowo miał się dobrze: ze względu jednak na wysoką ciepłotę poprzedniego wieczora i na żółtawe zabarwienie skóry twarzy podejrzywał H. coś niezwykłego. Zdjęto więc opatrunek i téjto okoliczności zawdzięcza chory swe życie, znaleziono bowiem ogromne rozszerzenie się zgorzeli, która w ostatnich 24 godzinach się rozwinęła. Zielonawe zabarwienie skóry sięgało już ku górze do 12 żebra, ku dołowi do połowy uda, ku tyłowi do kości krzyżowéj. Powierzchnia zgorzelinowa wynosiła najmniéj 2 stopy kwadratowe, linii ograniczającéj nie było.

Chorego uważano za straconego; jakkolwiek nie licząc na skutek pomyślny wykonał H. w narkozie podłużne cięcia przez części zgorzelinowe i wyłuszczył je nożem i nożyczkami aż do małych krwawiących naczyń. Najgłębiéj sięgała zgorzel w *glutaeus max.*, częściowo w *m. glutaeus med.*, ku górze i dołowi sprawa była powierzchowniejszą, sięgała jednak najmniéj do poziomu fascyi. Po odjęciu części zgorzelinowych wymyto ranę 5% roztworem *Zinci chlorati*, wycierając ją w całości tamponami zamaczanemi w powyższym roztworze; ranę opatrzono karbolem, gazą i jutą salicylową. Wieczorem już gorączka dosięgała tylko 37·4, stan chorego dobry. Rano (3/5) postrzeżono na nielicznych punktach brzegu rany postęp zgorzeli: powtórzono tę samę manipulacyę co dnia poprzedniego. zwłaszcza na brzuchu i udzie, oddzielając nożem i nożyczkami zgorzelinowe części, wymywając tym samym roztworem chlorku zynkowego całą powierzchnię. D. 4/5 jeszcze w niektórych punktach podobnież zgorzelinowe części oddzielono i wymyto.

Zapalny odczyn wystąpił tylko w górnéj części rany, na tylnéj powierzchni tułowia. Zrobiono wstrzykiwania z 1% kwasu salicylowego w obrzękłą skórę strzykawką Pravaza, (10) w przeciągu 2 dni. Od d. 5/5 zgorzelina ustała. Ciepłota tylko raz, (d. 6/5) podniosła się do 38.5, od d. 8/5 nigdy nad 38·0, chory przy dobrych siłach. Od d. 6/5 zaczęło się oddzielanie części przyżegniętych i to w sposób taki, że nie ropienie ale granulacyja stanowiły granicę. Strupy kauteryzacyjne odznaczały się tém, że zawierały pęcherzyki z gazem, jakie przy poprzednim procesie gnicia się wywięzywały: przedstawiały masy gąbczaste, bezwonne; około d. 18/5 oddzielił się strup ostatni; można było teraz na całéj powierzchni rannéj robić studyja myologiczne. Wśród granulacyj przeświecały resztki włókien *m. glutaei max.*, *glutaei med.*, *vasti int.* Przeszczepienia płatków skóry podług Reverdina dokonywano kilkakrotnie z mało pomyślnym rezultatem: wśród tego pozostał brzeg klinowaty szeroki, zabliźnianie postępowało przy zmienianiu opatrunku co 4ty dzień. Od paru tygodni chory nie leży już w łóżku, i może bez przeszkody przechadzać się. Jak przy wszystkich aseptycznie zabliźniających się ranach, tak i przy téj olbrzymiéj ranie blizna nie wywołuje żadnych uwagi godnych ujemnych skutków. Przypadek ten nadzwyczaj ciekawy i pouczający wskazuje, że nawet przy *gangraena septica acutissima (gangrène foudroyante)*, którą dotychczas na tułowiu za nieuleczalną uważano, przez energiczne wyłuszczenie tkanek zgorzelinowych i kauteryzowanie roztworem chlorku zynkowego można sprawić zabliźnienie się rany w ten sposób powstałéj. *(Centralblatt für Chirurgie* Nr 32): *Kr.*

Bruns: **Opaski kauczukowe Martina w celu leczenia wrzodów przewłocznych podudzia.**

B. zachwala i zaleca gorąco w celu leczenia przewłocznych wrzodów podudzia opaski kauczukowe, podane przez Martina w Bostonie, których przez lat 25 z bardzo pomyślnym używał skutkiem. Dla chorych szczególniéj są one bardzo dogodnemi, albowiem po założeniu mogą chodzić nie narażając się na złe następstwa.

Opaska kauczukowa 10½′ długa, 3″ szeroka nakłada się z rana, najprzód około kostek, następnie na kształt strzemienia przez stopę, a wreszcie spiralnie aż do kolana. Zakłada się bezpośrednio na skórę, a przyciąga się tylko o tyle, aby się nie zsunęła; wieczorem się zdejmuje i wymywa. Home leczył tym sposobem 12 przypadków; wszystkie okazywały z początku zmianę na brzegach modzelowatych, lepszy wygląd granulacyj, ustąpienie bólu, skóra stała się różowo lśniącą; wyleczył tylko 4 przypadki a najkrótszy czas potrzebny do wyleczenia wynosił 42 dni. Opaska nie powinna zawierać fenolu, albowiem wtedy skutek bywa niepomyślny. *(Centralblatt für Chirurgie* Nr. 37, 1879). *Kra.*

Langenbeck: **Kobieta z brakiem pochwy, wyjęcie jajnika.**

Prof. Langenbeck przedstawił na zjeździe chirurg. w Berlinie kobietę 23 lat liczącą, zamężną od lat 3, u któréj regularność pojawiwszy się w 14 r. życia, prawidłowo występowała, odpływ krwi bywał skąpy, zawsze mu silne towarzyszyły bóle, odpływ, jak się późniéj pokazało, miewał miejsce przez cewkę moczową. Spółkowanie odbywało się podobnież przez cewkę.

Ponieważ w ostatnich czasach bóle podczas regularności tak dalece się wzmogły, że przychodziło do kurczów padaczkowych, postanowił L. d. 24/2 r. b. wyłuszczyć prawy prawidłowy jajnik podług metody Batteya, zbadawszy poprzednio dokładnie, że lewego jajnika weale nie ma, a macicy tylko szczątki się znajdują. Operacyję wykonał cięciem bocznėm *(Flankenschnitt)* 5 cm. długiém, szypułkę jajnika podwiązał katgutem i wszył w ranę brzuszną. Zagojenie nastąpiło bez żadnych przeszkód, podwiązany koniec szypułki oddzielił się po 14 dniach. Ciekawém zjawiskiem była regularność, która 5go dnia po operacyi wystąpiła, jakkolwiek jednego jajnika wcale nie było, (co sprawdzono przy operacyi), a drugi świeżo wycięto. *(Wien. med. Woch.* Nr. 27). *Kra.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Wydział Lekarski Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 2go października 1879.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.
2) Dr. Zielewicz przedstawił dziewczę ośmioletnie, u którego leczył zapalenie błony stawomaźnéj (*synovitis genu chronica*) przez nacięcie torebki stawowéj. wypuszczenie wypociny, wypłukanie stawu 2% kwasem karbolowym, osączanie i zeszycie rany. Poprzednio przekłóto torebkę dwa razy trójgrańcem, pędzelkowano jodem i jodoformem, nadto nałożono oprawę gipsową, lecz bezskutecznie. Prelegent motywuje użytą przez sie-

bie metodę, omawia szczegółowo dzieje terapii zapalenia błony stawomaźnej i główny zwrot w takowéj, który nastał w epoce przeciwgnilnéj, aż do tego bowiem czasu rany stawowe, otwierające staw, uważano za bezwzględnie niebezpieczne. Tém bardziéj nie były dozwolone żadne rękoczyny, któreby z koniecznością lub nawet tylko z prawdopodobieństwem mogły pociągnąć za sobą ropienie. Zdanie to wypowiedziane przed 10 laty przez Volkmanna straciło dziś swą bezwzględną wartość, z dnia na dzień bowiem wzbogaca się kazuistyka takich rękoczynów chirurgicznych na stawach, mianowicie kolanowym. Otwierano już nawet staw biodrowy w celu odprowadzenia zwichniętego uda, przecinano torebkę stawu kolanowego, aby z niego wydobyć ciałka stawowe, a nawet w klinice Volkmanna często się przecina stawy li w celach rozpoznawczych. To śmiałe i dawniejszym zasadom wręcz przeciwne postępowanie opiera się na tym pewniku, że metoda przeciwgnilna, aczkolwiek nie zupełną jeszcze daje gwarancyję, iż się uniknie ropienia, jednakże pomniejsza onegoż niebezpieczeństwo, chroniąc od sposoczenia i ropnicy. Zresztą już przed epoką metody przeciwgnilnéj obserwowano (Nélaton) przypadki, że się rany proste kolana goiły przez bezpośrednie sklejenie; dziś zaś w obec tryjumfów nowéj szkoły chirurgicznéj otwieranie stawów o tyle jest usprawiedliwione, o ile chirurg liczyć może na ścisłe przeprowadzenie metody Listerowskiéj w danym przypadku. Odnośnie do otwierania stawów, prelegent zwraca także uwagę na konieczność zakładania głębokich szwów zespajających ranę, do czego (jak w ogóle przy operacyjach przeciwgnilnych) coraz mniéj używa katgutu, a w jego miejsce bierze jedwab karbolizowany à la Czerny.

W dyskusyi nad tym przedmiotem Dr. Kaczorowski przytacza doświadczenia swe, jakie w téj mierze czynił z wstrzykiwaniem kwasu karbolowego do stawów, o czém na dawniejszych posiedzeniach miał kilka razy sposobność mówienia; rezultaty tego rodzaju leczenia były pomyślne. Odnośne doświadczenia swe w tym względzie przytaczają jeszcze Dr. Osowicki i Matecki.

3) Następnie Dr. Kaczorowski mówił o długotrwałém zaparciu stolca i twierdził, że jeśli nie masz żadnych innych przeszkód, odbytnica wypróżnia się sama z siebie, nie wywołując żadnych złych następstw. Dlatego téż przeciwnym jest zbytnim sprowadzaniom stolca, mianowicie zaleca ostrożność u osób słabych, eretycznych, szczególnie u kobiet, które często miewają bóle nerwowe w brzuchu i odnoszą je do jelit. Ponieważ u takich osób skutkiem wygórowanéj nadczułości w samym brzuchu następuje skurcz zwieracza i zaparcie wzmaga, przeto powinno się unikać wszystkiego, coby ten skurcz powiększało, a więc środków drastycznych. Nadto u eretyków przychodzi nieraz zamiast do robaczkowego, do ruchu stałego i dlatego nie należy zadawać żadnych leków, lecz czekać, aż jelito wypełniwszy się samo wywoła wypróżnienie.

W dyskusyi nad tym przedmiotem, (ogłoszonym w dzisiejszym numerze Przegl. Lek.) biorą udział Drowie Święcicki, Osowicki, Zielewicz i Batkowski.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. Jerzykowski, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne XVIII. z dnia 3go grudnia 1879 roku

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków czynnych 42 i 1 korespondent.

1) Przewodniczący powitawszy obecnego na posiedzeniu jako gościa Dra Piska, przedstawia na członków tow. Dra Aleksandra Hausera c. k. lekarza pułkowego w Tarnowie, oraz Dra Macieja Kwiecińskiego w Oświęcimie.

2) Przyjęto przez głosowanie na członków towarzystwa Dra Wolfa Piska w Krakowie i Dra Władysława Gajkiewicza w Warszawie.

3) Prof. Korczyński złożył do biblioteki towarzystwa zbiór prac klinicznych z kliniki lek. krak. zeszyt III, 1879, a kol. Zarewicz rozprawę: O wyróżnianiu wrzodów wenerycznych części płciowych.

4) Przewodniczący wzywa przewodniczących poszczególnych komisyj do złożenia na ręce podskarbiego towarzystwa rachunków z wydatków na rzecz towarzystwa poczynionych.

5) Na wniosek przewodniczącego uchwalono przeznaczyć z kasy towarzystwa 25 złr. na powstający za inicyjatywą Prof. Korczyńskiego fundusz dla ubogich chorych wychodzących z klinik krakowskich.

6) Kol. Kwaśnicki odczytał: Opis przypadku odmy płucnéj leczonéj w szpitalu św. Ludwika w Krakowie. (będzie umieszczony w Przeglądzie). W dyskusyi kol. Pisek zapytuje prelegenta, czy nie obserwowano w opisanym przypadku wyższéj temperatury po stronie klatki piersiowéj zapaleniem zajętéj. Prelegent w odpowiedzi namienia, że szczegół ten jest mu znany, w opisanym przypadku jednak nie zwracano nań uwagi.

7) Przewodniczący wzywa kol. Grabowskiego jako sprawozdawcę komisyi wybranéj w celu zastanowienia się nad warunkami zlania się towarzystwa naszego z towarz. lekarzy galicyjskich, do zdania sprawy z czynności komisyi.

Kol. Grabowski w dłuższéj przemowie skreślił najprzód historyję téj sprawy, jéj początek i przebieg aż do dnia dzisiejszego a mianowicie, że sprawa ta nie jest nową, gdyż od czasu do czasu pojawiała się na porządku dziennym, a w roku zeszłym przez protomedyka Dra Biesiadeckiego na nowo podniesioną została. W skutek tego w roku bieżącym tak ze strony naszego towarzystwa, jak i towarzystwa lekarzy galic. wybrano komisyje, w celu obopólnego porozumienia się; że w komisyi naszego towarzystwa wybranéj a składającéj się z koll. Ściborowskiego, Blumenstoka, Korczyńskiego i Obalińskiego, która sobie przybrała jeszcze sprawozdawcę, powstały dwa znane wnioski, jeden większości, drugi mniejszości, które przewodniczący przedłożył na posiedzeniu towarzystwa w dn. 5 listopada b. r. Na témże posiedzeniu wemocniono komisyję dwoma członkami Prof. Rydlem i Dr. Zarewiczem, i polecono jéj jeszcze raz zbadać dokładnie stan całéj sprawy. Ta komisyja odbyła kilka posiedzeń, na jedném z nich był także obecnym Dr. Biesiadecki, z którym szczegółowo zastanawiano się nad zasadami połączenia. W drugiéj części przemowy dał sprawozdawca zarys organizacyi towarzystwa lek. gal., odczytał niektóre ustępy statutu tegoż, uwydatnił korzyści, jakieby członkowie naszego towarzystwa odnieśli, należąc do wspólnéj kasy wsparcia wdów i sierót po lekarzach, tudzież z zapomóg udzielanych podupadłym lekarzom i uzasadnił korzyść połączenia się dla Przeglądu Lekarskiego, któryby zyskał tak pod względem materyjalnym jak i naukowym; nareszcie podał szczegóły odnoszące się do stanu obecnego majątku towarzystwa lekarzy galic. a mianowicie: że towarzystwo to liczy 370 członków, że fundusz żelazny majątku wynosi 13000 zlr. w listach zastawnych, że się fundusz ten z roku na rok wzmaga, a towarzystwo z pewnością w niedługim czasie będzie mogło rozdawać większe stałe pensyje niż dziś, chociaż już teraz udziela kilku wdowom po 120 złr. rocznie, co przecież uwzględniwszy stosunki małomiejskie, ważną jest w gospodarstwie rubryką, bo wystarczy przynajmniéj na mieszkanie. Komisyja rozważywszy wymienione szczegóły uznała za stósowne i korzystne dla naszego towarzystwa połączyć się z Towarzystwem lekarzy galic., atoli pod pewnemi warunkami i zastrzeżeniami, które częścią przejdą do statutu a częścią do aktu, jaki spisać wypadnie przy połączeniu, bo nie idzie tu o rozwiązanie lub jakieś wsiąknięcie towarz. lek. krakowsk. w towarzystwo lekarzy galic., ale o połączenie się obu towarzystw jako równych z równemi. W końcu odczytał i objaśnił sprawozdawca zasady połączenia się proponowane przez komisyję, które są następujące:

1) Towarzystwo lekarzy galicyjskich przybierze nazwę: „Towarzystwa lekarzy galicyjskich i krakowskich".

2) Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy gal. i krak. będzie miewać siedzibę swoję naprzemian przez trzy lata we Lwowie i w Krakowie, w miarę tego, które z tych miast będzie siedzibą Rady Zawiadowczéj.

3) W razie tworzenia izb lekarskich w państwie austryjackiém, Towarzystwo lekarzy gal. i krak. wszelkiemi siłami dążyć będzie do utworzenia w Galicyi dwóch takich izb, jednéj z siedzibą we Lwowie a drugiéj w Krakowie.

4) Towarzystwo lekarskie krak. zamieniając się na sekcyję krakowską Towarzystwa lekarzy gal. i krak. przeleje do funduszu żelaznego Towarzystwa lekarzy gal., który zamieni się

na fundusz żelazny Towarzystwa lekarzy gal. i krak., z funduszów swoich po 10 złr. w. a za każdego ze swoich członków czynnych, który nie jest dotychczas członkiem Towarzystwa lekarzy gal.; reszta funduszów dzisiejszego Towarzystwa lekarskiego krak. pozostaje własnością sekcyi krakowskiéj Towarzystwa lekarzy gal. i krak.

5) Organem Towarzystwa lekarzy gal. i krak. będzie Przegląd Lekarski, który wychodzić będzie nadal w objętości dotychczasowéj.

6) Każdy z Członków Towarzystwa lekarzy gal. i krak. otrzymywać będzie po jednym egzemplarzu Przeglądu, po cenie 6 złr. w. a., którą to kwotę za każdy egzemplarz wnosić będzie Rada zawiadowcza do kasy Przeglądu Lekarskiego w ratach kwartalnych z góry.

7) Przegląd Lekarski przechodzi na własność Towarzystwa lekarzy gal. i krak., jednakże pod następującemi warunkami:

a) Przegląd Lekarski będzie redagowanym i wychodzić będzie w Krakowie, a siedziba tego wydawnictwa nie może być pod żadnym warunkiem gdzie indziéj przeniesioną.

b) Fundusz, jaki to czasopismo obecnie posiada, pozostanie na zawsze nietykalną własnością i w posiadaniu sekcyi krakowskiéj, która odsetki roczne od tegoż funduszu dołączać będzie do kapitału obrotowego Przeglądu Lekarskiego, czysty zaś zysk wydawnictwa po opędzeniu wszelkich kosztów redakcyi, wydawnictwa i administracyi, przechodzić będzie do funduszu wsparcia wdów i sierót; w zamian za co Towarzystwo lekarzy gal. i krak pokrywać będzie z własnych funduszów wszelkie możliwe niedobory Przeglądu Lekarskiego.

c) Redaktora głównego i członków komisyi redakcyjnéj wybierać będzie co trzy lata walne zgromadzenie z pomiędzy członków Towarzystwa zamieszkałych w Krakowie.

d) Płaca redaktora głównego Przeglądu Lekarskiego nie może być niższą od 350 złr. w. a. rocznie, honoraryja zaś od artykułów oryginalnych od 16 złr. w. a., a od wyciągów i sprawozdań od 10 złr. w. a za arkusz druku. Podwyższenie honoraryjów redaktora i autorskich nastąpić może tylko za uchwałą walnego zgromadzenia.

e) Komisyja redakcyjna ma prawo do wydatków nadzwyczajnych do wysokości 100 złr. rocznie bez obowiązku kalkulacyi.

f) Warunki wymienione pod *a) b) c) d) e)* nie mogą być żadną uchwałą Towarzystwa lekarzy gal. i krak. zniesione lub zmienione

8) Sekcyja krakowska zastrzega sobie wolność odłączenia się od Towarzystwa lekarzy gal. i krak. i przeobrażenia się na nowo w odrębne zupełnie niezawisłe Towarzystwo lekarskie.

W razie takim *a)* wróci Przegląd Lekarski na własność nowo zawiązanego Towarzystwa, *b)* §. 64 teraźniejszéj ustawy Towarzystwa lekarzy gal., jeżeli tenże przejdzie do ustawy Towarzystwa lekarzy gal. i krak., nie może być pod żadnym warunkiem do majątku sekcyi krakowskiéj zastósowanym.

c) Członkowie czynni Towarzystwa lekarskiego krak., za których to ostatnie przy połączeniu się Towarzystw składkę wstępną uiści, lub którzy już obecnie są członkami Towarzystwa lekarzy gal., mają prawo pozostać członkami Towarzystwa lekarzy gal. nie wnosząc już składki wstępnéj, przy dopełnieniu innych warunków.

9) Towarzystwo lekarzy gal. i krak. płacić będzie Stowarzyszeniu wydawniczemu dzieł lekarskich polskich w Krakowie po 1 złr. rocznie za każdego członka, w zamian za co każdy członek otrzymywać będzie corocznie dzieło wydane nakładem wydawnictwa obejmujące przynajmniéj 10 arkuszy druku.

Po przemówieniu sprawozdawcy zawiązała się bardzo ożywiona, przeszło godzinę trwająca dyskusyja, w któréj zabierali głos (niektórzy po kilka razy) koledzy: Domański, Blumenstok, Ściborowski, Zarewicz, Rydel, Warschauer, Madurowicz, Kohn, Oettinger, Jordan, Bogdanik, Obaliński, Pieniążek, Wilkosz i Paszkowski. Ponieważ dyskusyja ta odnosiła się tylko do kwestyj ogólnych i formalnych, nie dotyczących samego wniosku komisyi, przeto nie podaje się jéj szczegółowo. Z powodu spóźnionéj pory posiedzenie zamknięto, a na wniosek kol. Jordana przyjęty przez Towarzystwo, postanowiono za tydzień tj. we środę dnia 10 grudnia odbyć posiedzenie nadzwyczajne, które ma być poświęcone wyłącznie téj sprawie.

V. Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego,**

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49.)

W Nowym Hôtel-Dieu mieści się klinika lekarska profesora Séea, chirurgiczna Richeta, okulistyczna Panasa. Kliniki te uważano jako pierwsze albo naczelne, prawdopodobnie dlatego, że szpital Hôtel-Dieu, od wieków istniejący w Paryżu, był jedynym aż do XVIII wieku, a chociaż inne obok niego stanęły, był on zawsze szpitalem w znaczeniu przedniejszém.

Dzisiejszy gmach nowy stoi na *Ile de la Cité*, lecz wysunięty ku brzegowi prawemu Sekwany, podczas gdy stary przylegał do brzegu lewego i był połączony za pomocą tunelu z budynkami dodatkowemi, leżącemi dziś jeszcze po za rzeką. Gmach nowego szpitala jest zewnątrz okazały, miał on być z polecenia Napoleona III równie wspaniały jako opera nowa, z którą równocześnie miano go oddać na użytek publiczny. W liście swoim pisanym z Vichy w r. 1864 do marszałka Vaillant, powiada cesarz: *„Engagez donc, je vous prie, le préfet de la Seine à commencer bientôt les travaux de l'Hôtel-Dieu et veuillez faire diriger ceux de l'Opera de manière à ne les terminer qu'en même temps. Cette combinaison, je le reconnais, n'a aucun avantage pratique; mais au point de vue moral, j'attache un grand prix à ce que la monument consacré au plaisir ne s'élève pas avant l'asile de la souffrance."* (*Maxime du Camp: „Paris."* T. IV, p. 407).

Powiedziałem powyżéj, że system tego budynku jest podobny do pawilonowego, gdyż z boków wewnętrznego czworoboku występuje z każdéj strony po pięć skrzydeł, co uważać należy jako pawilony. Otoczenie najbliższe szpitala jest wolne, z frontu głównego piękny *place de parois Notre-Dame*, z frontu tylnego *quai Napoléon*, z boków ulice; w sąsiedztwie kościół, koszary, prefektura, pałac sprawiedliwości, trupnia *la Morgue*, co wszystko mieści się na téj samej wyspie.

Wchodzących do wnętrza gmachu wita miłe harmonija pogodna widzianych w perspektywie schodów, krytych galeryj, tylnego budynku. Sale chorych wysokie, rozległe, jasne i wcale nie przepełnione; urządzenia wewnętrzne skromne lecz eleganckie i wygodne. Administracyja stara się widocznie doprowadzić ten szpital do jak najlepszego stanu wewnętrznego. Codzienne wizyty lekarskie na klinice prof. Séea odbywają jego interni, wykłady kliniczne odbywają się codziennie rano w sali na ten cel urządzonéj. We Francyi podobnie jak w Anglii i we Włoszech, panuje metoda klinicznych wykładów włoska, a nie jak u nas i w Niemczech holenderska. Wypada mi tu przypomnieć, że systematyczne wykłady kliniczne przy łóżku chorego, ze spółudziałem uczniów, rozwinęły się i ostatecznie ugruntowały, będzie temu lat dwieście, w Leydzie (Leyden) w Holandyi, w tak nazwanem *Collegium medicum practicum*; lecz już w XVI wieku pojawiły się próby wykładów klinicznych przy łóżku chorego w Padwie, w Pawii i w Genui. Wykłady te odbywały się jednak bez spółudziału uczniów w badaniu i roztrząsaniu przypadłości danéj choroby. Próby wykładów klinicznych były wnet porzucone we Włoszech z woli uniwersytetów; nauka praktycznéj medycyny była pozostawiona chęciom prywatnym profesora tego

przedmiotu, któremu wolno było, jeżeli chciał brać ze sobą ucznia do swoich pacyjentów prywatnych, co się jednak zwykle nie działo z różnych pobudek i powodów. Dopiero gdy w Leydzie Heurniusz i Schrereliusz naprzemian poczęli uczyć w *Collegium medicum practicum* medycyny praktycznej sposobem Sokratesa: gdy Fr. de le Boë Sylviusz, następnie Boerhaave i van Swieten tę metodę instrukcyi klinicznej rozwinęli i utrzymali, rozpowszechniła się takowa i w środkowej Europie. Do Polski przeszła ona z Frankiem do slawnego wówczas uniwersytetu Wileńskiego; Jan Piotr Frank wyłożył ją gruntownie w swoim: „*Plan d'école clinique ou méthode d'enseigner la Pratique de la médecine dans un hospital academique.*“ *Vienne 1790.* (Porównaj Gusserowa: „*Zur Geschichte und Methode des klinischen Unterrichtes,*“ Berlin 1879). Wszelako w Niemczech istnieje obok tej metody nauczania klinicznego, tak nazwanej holenderskiej, także pierwotna włoska i polikliniczna, zbliżona do tej, jakiejby użyć należało, gdyby nauka wykonawstwa lekarskiego miała się odbywać w praktyce prywatnej profesora. W mojej podróży z r. 1872 spotykałem się w Berlinie z metodą włoską na klinice prof. Traubego i Frerichsa, z metodą holenderską na klinice Moslera w Gryfii, Buscha i Rühlego w Bonn, Geigla w Würzburgu, Biermera w Zürichu. Prof. Simon w Heidelbergu rozwinął ją był w swojej klinice chirurgicznej do tego stopnia bezwzględności, że była nieznośną dla ucznia. Metodę polikliniczną pielęgnował prof. Hasse w Getyndze.

We Francyi panuje metoda włoska, w klinice prof. Séea posunięta do tej ostateczności, że nawet nie ma na sali wykładów przypadku choroby, o który się rozchodzi. Zważyć jednak należy, że uczniowie medycyny we Francyi wstępują do szpitali nawet już w drugim roku swoich studyjów, gdzie wcześnie odbierają wrażenia chorób, tudzież że do Paryża przybywa na dalsze studyja wielu takich, co ukończyli szkołę medyczną przygotowawczą na prowincyi. Na wykłady prof. Séea chodzą oprócz kobiet murzyni, amerykanie, włosi, rosyjanie, w ogóle bardzo wielu cudzoziemców. Prof. Sée otoczony zawsze internami i docentami wchodzi do sali wykładów niejako ostentacyjnie; barczysty, średniego wzrostu, przekroczył pół wieku, lecz czerstwy i ruchliwy, duża głowa i twarz z bokobrodami nisko strzyżonemi, ożywiona wiecznym uśmieszkiem i żywemi małemi oczami. Rozpoczął swój wykład o kile mózgowej, którą ilustrował kazuistyką z praktyki własnej, przy czém nie brak było dowcipów i krytyki wymierzonej nielojalnie przeciw spółczesnym kolegom paryskim. Następnie przeszedł szanowny profesor do chorób żołądka, które rozpoczął od niestrawności; po wycieczkach kazuistycznych, po wypowiedzeniu dykteryjek i konceptów, przyczém oberwało się coś i damom obecnym, po udzieleniu repliki na zarzuty, jakie mu inni poczynili w tym przedmiocie patologii szczególnej, polecił jednemu z otaczających go docentów, ażeby wyłożył rzecz o soku żołądkowym, co gdy tenże uczynił, wykład się na tém zakończył.

Wszelako nie we wszystkich klinikach odbywają się w ten sposób wykłady. Tak np. prof. Potain w szpitalu Neckera miewa nie tylko w amfiteatrze wykłady abstrakcyjne, ale i przy łóżku każdego niemal chorego wskazuje i zastanawia się nad przypadłościami poszczególnemi, które z fizycznej, fizyjologicznej i z patologicznej ocenia strony i porównywa z przypadłościami podobnemi innych chorób, przyczém też nie zamilcza o odkryciach świeżo poczynionych w badaniu fizyjologicznem, klinicznem lub anatomicznem. Blady, szczupły, cokolwiek zezujący, mówi jednak głosem zaledwie słyszalnym, podczas gdy liczni uczniowie jego nie bardzo pilnie uważają, co właśnie winą jest metody włoskiej w tutejszej instrukcyi klinicznej zachowywanej.

Jakkolwiek francuzi byli pierwsi, którzy nawet z niejaką przesadą chwycili się plesimetra i stetoskopu, jednak pierwsi porzucają powszednie używanie tych narzędzi, z wyjątkiem uczniów, którzy dopiero uczą się auskultacyi i perkusyi klinicznej. Starsi lekarze używają przy opukiwaniu tylko palców, do przysłuchiwania ucha nieuzbrojonego.

Co do terapii panuje przynajmniej w szpitalach tradycyja, którą sami chorzy i administracyja szpitali podtrzymują. Niejeden chory domaga się swojej tyzany, wezykatoryj, synapizmów lub baniek, które są tu częściej używane niż gdziekolwiekindziej. W Paryżu są nawet specyjaliści bańkarze (*ventouseurs* i *ventouseuses*), których poczet i adres mieści się w „*Agenda medical*“ tj. w kalendarzu lekarskim, obok spisu innych tego rodzaju pomocników jak masseurów, gimnastyków itp.

Żeby nie powracać do szpitali, wspomnę że w dalszej podróży zwiedziłem jeszcze w Lyonie szpital kliniczny Hôtel-Dieu, i w Medyjolanie tak zwane tu: *L'ospedale maggiore.*

Hôtel-Dieu w Lyonie należy do najstarszych szpitali we Francyi, pochodząc z VI wieku. Dzisiejszy budynek jest dziełem wieku XVIII na wielką skalę rozłożonem. Sale chorych bardzo wysokie i przestronne, nie są przeludnione, urządzenie wewnętrzne staranne, z każdej sali mają chorzy widok do pięknej kaplicy; budynek zewnątrz i wewnątrz jest ciemny i sprawia wrażenie klasztorne. Liczne kliniki mieszczą się w tym szpitalu, dwie medyczne, dwie chirurgiczne, skórne i syfilityczne, okulistyczna i położnicza, prócz tego psychijatryczna, ginekologiczna i pedyjatryczna. Z tych wszystkich zwiedziłem klinikę medyczną prof. Lepine'a, który już tyle położył zasług w nauce. Ścisłość badania i leczenia klinicznego doprowadzona tu do ostateczności, ze względu na zastosowanie licznych narzędzi do fizycznego badania i mechanicznego leczenia: gęstość ciałek krwi mierzona, wydzieliny rozbierane w przybocznem laboratorium chemicznem; sfigmografy, kardiografy, spirografy, wagi, miary, termometry, skrupulatnie stosowane. Zastałem tu kilka aparatów pneumatycznych niemieckich, między innemi wielki podwójny aparat Schnitzlera. Profesorowie kliniczni młodsi pracują więc oczywiście nad odzyskaniem pierwszeństwa przed niemieckimi, którzy ich w ścisłości i pracowitości wyprzedzili.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Choroby nagminne w Galicyi w ciągu listopada 1879.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem paździer.	przybyło	z tych: wyzdrowiało	z tych: umarło	z tych: pozostało w leczeniu: chorych	z tych: pozostało w leczeniu: w gminach
Ospa	2	—	—	19	11	2	6	2
Odra	57	70424	357	3561	2287	251	1380	38
Płonica	33	69977	121	756	449	185	243	18
Błonica	85	99504	187	1104	571	552	168	30
Dur brzusz.	13	17207	38	177	140	12	63	7
Dur osutkow.	2	1378	4	2	6	—	—	—
Krztusiec	29	35832	664	735	833	90	476	18
Czerwonka	20	22319	238	112	248	29	23	4

Ospa pojawiła się tylko w Kętach i w jednej gminie powiatu Rudeńskiego. Odra wzmaga się znacznie, śmiertelność także wyższa niż w październiku (6·8%. w paźdz. 5·6%). Panuje głównie w powiecie Jaworowskim, Jarosławskim i Mościskim, w każdym w sześciu gminach. Płonica także się szerzy; śmiertelność 21%, gdy w październiku tylko 14·5% wynosiła, głównie w powiecie Grodeckim, Mościskim, Rohatyńskim, Rzeszowskim i Żywieckim. Błonica jak w latach poprzednich w ciągu listopada znacznie szerzyła się, śmiertelność 42·8%. Liczba zmarłych równie znaczna w ciągu września i października. Głównie w powiecie Buczackim, Husiatyńskim, Kałuskim, Kołomyjskim, Rohatyńskim, Stanisławowskim i Tłumackim. Dur brzuszny w równej mierze jak w październiku. Dur osutkowy tylko w dwóch miejscowościach i wygasł zupełnie. Krztusiec zmniejsza się. Czerwonka ustaje zupełnie. *Dr. Merunowicz.*

(*M.*) **Lwów**. C. k. krajowa Rada zdrowia na posiedzeniu dnia 7go października 1879 uchwaliła:

1) Przy ponownej obradzie nad rekursem mieszkańców gminy Knyhynina i Stanisławowa przeciw udzieleniu przez c. k. Starostwo w Stanisławowie p. Weissbachowi koncesyi na otwarcie garbarni, po otrzymaniu bliższych szczegółów, oświadczyć się przeciw nadaniu pozwolenia na otwarcie garbarni w realności pod l. $^{63}/_{64}$ w Stanisławowie.

2) Na zapytanie c. k. Namiestnictwa w sprawie sprzedaży po sklepach leków objętych farmakopeją, w sprawie poruszonej przez aptekarzy krakowskich, uchwalono w myśl rozporządzenia minist. z dnia 4 września 1852 l. 252 §. 22, lit. D, iż sprzedaż przedmiotów takich jak: migdały gorzkie, gałki muszkatołowe, hałun, liście wawrzynowe, saletra, szafran, kakao, siarka, kwiat siarczany nie może być wzbroniony, gdyż z środków tych dopiero po odpowiedniém przerobieniu leki otrzymujemy, a nadto są one dla gospodarstwa i przemysłu niezbędne; natomiast środki takie jak ślaz, mięta, grynszpan, rybia trutka, rumianek, korzeń rzewniowy, nasienie cytworowe i wątroba siarczana, służące prawie wyłącznie do użytku lekarskiego nie powinny być po sklepach sprzedawane.

Na posiedzeniu dnia 30go października 1879 r. uchwalono przedstawić najodpowiedniejszych kandydatów do obsadzenia nowoutworzonych posad weterynarzy w Nisku i Jarosławiu.

Na posiedzeniu dnia 18go listopada 1879 r., uchwalono wystósować interpelacyję do c. k. Namiestnictwa, przez kogo i na jakiéj prawnéj podstawie zostało nadaném pozwolenie Siostrom Niepokal. Poczęcia w Jarosławiu, utrzymującym zakład wychowawczy, na wybudowanie katakumb w ogrodzie klasztornym.

Jakkolwiek c. k. Rada zdrowia kilkakrotnie wyrzekła zasadę, iż nie należy tworzyć nowych oficyn chirurgicznych, uchwalono jednakże w uwzględnieniu kwalifikacyi petenta, jakotéż w uwzględnieniu stosunków miejscowych oświadczyć się za nadaniem koncesyi p. Drowi M. K. na otwarcie oficyny chirurgicznéj w Brzesku.

Przeciwnie uchwalono nie przemawiać za potrzebą otwarcia drugiéj oficyny w Zbarażu.

W sprawie rekursu p. aptekarza T. we Lwowie przeciw orzeczeniu magistratu, niedozwalającemu przeniesienia apteki z po za potoka „Pasieki" na ulicę Halicką, uchwalono, iż c. k. kraj. Rada zdrowia zgadza się zupełnie z orzeczeniem magistratu m. Lwowa.

Na posiedzeniu dnia 2go grudnia br. w sprawie rekursu p. Michała Sołtysa przeciw orzeczeniu c. k. Starostwa w Bochni niedozwalającemu puszczenia w ruch garbarni przy ulicy Solnéj — uchwalono, że zarzuty podniesione przeciw urządzeniu w mowie będącéj garbarni są uzasadnione, że nie ma sposobów higijenicznych, któremiby dało się dokładnie usunąć szkodliwości dla zdrowia publicznego, wynikające z prowadzenia przemysłu garbarskiego, i że w danym razie pozwolenie p. Michałowi Sołtysowi na wykonanie skórnictwa w realności pod l. 243 w Bochni nie jest dopuszczalném.

Z powodu, iż wniosek c. k. krajowéj Rady zdrowia z dnia 10go listopada 1877, l. 44 w sprawie zarządzenia w czasie zimowym we wszystkich większych miastach kraju peryjodycznych sanitarnych inspekcyj, szkółek froeblowskich, ochronek, szkół niższych wszelkiego wyznania, dotąd nie odniósł żadnego skutku, uchwalono ponowienie tego wniosku.

W końcu zapadła uchwała jednomyślna, iż założenie i urządzenie cegielni w Mościskach (na 80 metrów od domów mieszkalnych oddalonéj) ze względów sanitarnych nie powinno być dozwoloném.

Statystyka epidemij. Ospa nie wiele się zmieniła w Londynie. Leczyło się w szpitalach 52, zapadło świeżo 9, umarło 3. Więcéj nieco umarło w Wiedniu, w Budapeszcie i Pradze po 5, w Petersburgu 9, w Bukareszcie 18, w Warszawie i Kadyksie po 3, w Genewie 2, w Paryżu 19. Epidemija odry w Londynie, Liverpoolu, w Kopenhadze a płonicy w Bukareszcie dotąd się nie zmniejszyła. Przypadki durzycowe pojawiały się częściéj w Petersburgu. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1, w Petersburgu 2. Malaria koło Rzymu bywa rzadszą. W gubernii Kaliskiéj wybuchła ospa.

W tygodniu 49 umarło z chorób zakaźnych w Krakowie: 7 z ospy, (z ul. Zwierzynieckiéj l. 30, ze Smoleńska l. 56, z ul. Pawiéj l. 153, z ul. Karmelickiéj l. 62 i 3 w szpitalu św. Ludwika; wszystko nieszczepione); 2 z płonicy (w ul. Skawińskiéj i Ciemnéj l. 198); 1 z dławca (w szpitalu), 1 z krztuśca (na Wygodzie l. 92), 1 z róży (w szpitalu), a doniesiono w tymże czasie: o 12 przypadkach ospy (z Wygody l. 78, 2 z ul. Straszewskiego l. 15, z Wielopola l. 90, z Pędzichowa l. 65, z ul. Mikołajskiéj l. 427, z ul. Floryjańskiéj l. 345 i 365, z Blichu l. 57 i 59, z ul. Franciszkańskiéj l. 165 i ze szpitala św. Ludwika); 2 ospicy (z ul. Łobzowskiéj l. 92 i z ul. Górnych Młynów l. 112); 2 ospianki (z ul. Wiślnéj l. 174 i ze szpitala); 3 dławca (ze szpitala, z ul. Floryjańskiéj l. 354 i z Kleparza); 2 płonicy (z ul. Sławkowskiéj l. 264 i z ul. Krakowskiéj l. 145); 6 krztuśca (3 z Rynku l. 11, 2 ze szpitala, 1 z ul. Lubicz); 4 duru brzusznego (2 z ul. Skawińskiéj l. 12, z ul. św. Agnieszki l. 271, 1 z ul. Górnych Młynów l. 138); 1 róży (ze szpitala).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 48 umarło w Krakowie na rok i 1.000 mieszkańców 45,2; we Lwowie 30,6; w Warszawie 17,3; w Wiedniu 26,7; w Budapeszcie 32,6; w Pradze 31,2; w Tryjeście 30,9; w Berlinie 22,1; w Wrocławiu 23,1; w Monachijum 32,3; w Dreznie 19,3; w Lipsku 23,2; w Bazylei 22,7; w Brukseli 21,4; w Paryżu 24,4; w Londynie 26,0; w Kopenhadze 36,0; w Stokholmie 19,1; w Chrystyjanii 15,2; w Petersburgu 31,2; w Rzymie 38,9; w Bukareszcie 45,5; w Kadyksie 47,0; w Aleksandryi 31,9; w Nowym Yorku 23,5; w Bombayu 36,8; w Madrasie 35,2. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 grudnia. Otrzymaliśmy prospekt na „*Kronikę Lekarską*," dwutygodnik naukowy, poświęcony przeglądowi postępów nauk lekarskich, mający wychodzić w Warszawie pod redakcyją Dra W. Kosmowskiego począwszy od d. 15 bm. i r. Główną treścią dwutygodnika tego ma być dział sprawozdawczy z prac i artykułów lek., pojawiających się w rozmaitych językach i specyjalnościach; w dziale tym oprócz streszczeń mieścić się będą i krytyki prac oryginalnych, oraz wiadomości biblijograficzne. Obok tego głównego działu Kronika Lekarska zawierać także będzie i dział prac oryginalnych, przeznaczony dla prac istotną mających wartość; wreszcie dział kroniki bieżącéj, korespondencyj i sprawozdań z posiedzeń towarzystw itd.

Tym sposobem czasopismo nowe, jeżeli się nie mylimy od dawna już zapowiedziane, temi dniami rozpocznie swój żywot. Nie przesądzając wartości onego i wstrzymując się ze sądem naszym aż do bliższego zapoznania się z jego treścią i kierownictwem, życzymy mu powodzenia, zwłaszcza pragniemy z całego serca, aby mu się udało wypełniać szpalty pracami oryginalnemi, istotną posiadających wartość. Nie znając dokładnie stósunków miejscowych nie wiemy, czy „*Kronika Lekarska*" odpowiada rzeczywistéj potrzebie lekarzy warszawskich; nie zapuszczamy się téż w roztrząsanie pytania, czy rozstrzeliwanie sił naszych, i tak bardzo skromnych, jest pożądaném lub szkodliwém, a nie czynimy tego z powodu, że „Kronika" nas zapewnia, iż „liczba poważnych pracowników na polu medycyny,,

ciągle wzrasta, i że „pióra wytrawne i znane już w literaturze tak u nas, jak i za granicą" obiecały jéj swój współudział. Jakkolwiek ów wzrost liczby poważnych pracowników dotąd nie daje się we znaki czasopismom już istniejącym, to jednak wolimy przypuścić, że twierdzenie „Kroniki" jest słusznêm i uzasadnionêm i z niecierpliwością wyczekiwać będziemy spełnienia jéj programu.

* Lekarze miejscy (obwodowi) we Wiedniu pobierają dotąd więcéj niż skromną płacę 600—800 zła. rocznie. Otóż sekcyje: prawnicza i sanitarna Rady miejskiéj zamierzają przedstawić Radzie wniosek, aby odtąd lekarze miejscy pobierali 1200 zła. płacy i dodatku pięcioletniego aż do wysokości płacy rocznéj 2000 zła.

* W Jenie otwarty został w d. 1 listopada rb. nowy zakład dla obłąkanych w przytomności W. X. Następcy i ministra stanu. Dyrektorem nowego zakładu jest prof. Siebert. *(D. m. W).*

* **Mianowania i odznaczenia.** Z powodu odznaczenia się w wojnie z Zulusami czterech lekarzy angielskich otrzymało order łaziebny, uznanie w Anglii bardzo rzadkie; lekarzami tymi są: chirurg naczelny Holloway i starsi lekarze Norbury, Sherar Wills i Cuffe. — Docent prywatny w Würzburgu Dr. Maks. Bauer powołany został do Dorpatu jako prosektor przy zakładzie anatomii porównawczéj. — Prof. Gustaw Braun we Wiedniu otrzymał krzyż komandorski bawarskiego orderu św. Michała, a prof. Cessner szlachectwo austryjackie.

* **Nekrologija.** W Londynie umarł Dr. Henryk Leach, lekarz naczelny szpitala dla marynarzy, w 43 roku życia. — W Paryżu umarł Dr. Chevallier, członek akademii lekarskiéj.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 48: Matlakowskiego: Zapalenie stawów rzeżączkowe (c. d.); Kośmińskiego: Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyją, akomodacyją i ostrość widzenia (c. d.); *Gazeta Lekarska* znów nas nie doszła.

Redakcyja otrzymała:

Karola REKLAMA: Nauka zachowania zdrowia i zdolności do pracy. Przekład Wacława Mayzla Dra med. Z 23 drzeworytami w tekście. Warszawa, nakładem Redakcyi Dwutygodnika „Zdrowie", 1880, w 8ce, str. 504 i VII. (Ocenę podamy w jednym z najbliższych numerów).

Dra ZAREWICZA (w Krakowie): O wyróżnianiu wrzodów wenerycznych części płciowych ze stanowiska klinicznego. Kraków, 1879. (Osobne odbicie z Przegl. Lek.), w 8ce, str. 45.

Die Arbeiten des Hrn. Prof. Holmgren über Farbenblindheit u. seine Kampfesweise. Antwort von Prof Hermann Cohn. Breslau, 1879, E. Morgenstern, w 8ce, str. 32 z tabl. litograf.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 17 grudnia o godz. 5 popołudniu w Akademii Umiejętn. posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. Sciborowski poda wiadomość o wartości przetworów leczniczych nadesłanych w ciągu roku Komisyi dla popierania przemysłu krajowego w zastósowaniu do celów lekarskich. 2) Kol. Blumenstok poda uwagi sądowolekarskie. Wreszcie toczyć się będą dalsze obrady nad sprawą połączenia Towarzystwa naszego z Tow. lekarzy galicyjskich.

Dzisiaj zaś o godz. 5téj popołudniu Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w sali wykładowéj kliniki okulistycznéj drugie posiedzenie nadzwyczajne, w celu obradowania nad sprawą połączenia Tow. lekarskiego krakowskiego z Tow. lekarzy galicyjskich.

Do Nru dzisiejszego dołącza się ogłoszenie o Wodzie gorzkiéj Franciszka Józefa.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. ...telda.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gębethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 20 grudnia 1879. № 51. Rok XVIII.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1880 **rok dziewiętnasty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Według uchwały Tow. lek. krak. z d. 9 października 1877 r. honoraryjum za prace oryginalne podwyższoném zostało do 16 zła., a za prace nieoryginalne do 10 zła. (za arkusz druku); honoraryjum to, co kwartał obliczane, Administracyja Przeglądu Lek. i w roku przyszłym wypłacać będzie szan. współpracownikom.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francyi i Belgii:
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4.

☞ Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.

Choroby narządu oddechowego.

III. Choroby opłucny.

Opracował Dr. St. Smoleński.

W klinice stałéj postrzegano w 27miu przypadkach zmiany chorobowe opłucny, tj. u 20tu mężczyzn i 7 kobiet, co stanowi 4·3% wszystkich chorych leczonych w klinice, a 13·7% chorób narządu oddechowego. W liczbie téj nie uwzględniamy oczywiście tych licznych przypadków, w których zmiany chorobowe opłucny nie były główném cierpieniem, dla którego chorzy zgłaszali się do kliniki, lecz tylko powikłaniem lub następstwem innych chorób narządu oddechowego. Z chorób następowych opłucny zaliczyliśmy tu tylko te, które już to ze względu na wielką obfitość wypociny, już to znaczne nasilenie objawów chorobowych ze strony opłucny, stanowiły pod względem prognostycznym i leczniczym niejako chorobę główną, aczkolwiek ajtyjologicznie za następowe uważane być musiały. Tu należą niektóre przypadki zapalenia opłucny po włóknikowém zapaleniu płuc, jak niemniéj wśród przebiegu suchot płucnych itp. powstałe, w których to razach częstokroć nie wiedzieć, do któréj kategoryi klinicznie zaliczyć je należało, pomimo że właściwy związek przyczynowy spółczesnych spraw chorobowych samego miąższu płucnego i opłucny nie ulegał w powyższych przypadkach żadnéj wątpliwości.

Co do wpływu zatrudnienia na powstawanie zapalenia opłucny namienić trzeba, że z małym wyjątkiem chorzy zmianami chorobowemi opłucny dotknięci należeli do stanu roboczego, co nie dowodzi bynajmniéj rzadkiego pojawiania się choroby w mowie będącéj śród warstw zamożniejszych, gdyż tacy chorzy rzadko kiedy leczą się w klinice.

Według wieku rozkładają się powyższe 27 przypadków w sposób następujący:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
10—20	5	2
20—30	4	1
30—40	5	3
40—50	2	1
50—60	3	—
60—70	1	—
Razem	20	7

Tak ze względów prognostycznych jako i leczniczych rozróżniano zawsze zmiany pierwotne opłucny od następowych. Pierwotne zapalenia opłucny, występujące samo-

dzielnie u ludzi dotąd zdrowych, postrzegano w 21 przypadkach; w pozostałych 6ciu zauważano choroby opłucny jako następstwo chorób innych, a mianowicie: w 5ciu przypadkach po suchotach płucnych, w 1 przyp. po zapaleniu płuc włóknikowem.

Z przyczyn usposabiających zanotowano w kilku przypadkach skłonność do suchot płucnych w rodzeństwie, mimo to że zapalenie opłucny przebiegało jako choroba samodzielna, bez jakichkolwiek zmian przewlekle, zapalnych w miąższu płucnym. Prócz tego w 2 przyp. chorzy cierpieli poprzednio na gościec stawowy, w 2 przyp. przebywali dawniéj zapalenie płuc dławcowe.

Za bezpośrednią przyczynę podawali chorzy: raz zdźwiganie się i napicie zimnéj wody w stanie spoconym, (w tym przypadku była wypocina ropna), w 6 przypadkach przeziębienie, (pomiędzy temi 1 mężczyzna złamał sobie przed laty obojczyk, w rodzeństwie jednego miały być częstemi suchoty płucne, a 1 kobieta przebywała dawniéj gościec stawowy). W 6ciu przypadkach nie można było wykryć żadnéj przyczyny bezpośredniéj, bez poprzedzających jakichkolwiek szkodliwości chorzy doznali dreszczu, (zazwyczaj parę razy się powtarzającego), kaszlu, kłucia w piersiach itp. Przynajmniéj połowa chorych przebywała w życiu zimnicę.

16 z naszych chorych okazywało zmiany chorobowe opłucny po stronie prawéj, 11 po stronie lewéj.

Ze względu na wpływ pór roku na częstość pojawiania się zapaleń opłucny tyle tylko powiedzieć można, że w naszych przypadkach ostre lub przyostre samodzielne zapalenie opłucny zdarzało się najczęściéj w miesiącach zimowych, mniéj często na wiosnę i jesień. Miesięcy letnich nie możemy uwzględnić z przyczyny zamknięcia kliniki podczas feryj szkolnych. Przypadki zmian następowych opłucny rozkładają się prawie jednostajnie na wszystkie miesiące roku szkolnego.

Przypadków z zapaleniem opłucny ostrém lub przyostrém postrzegano 10, reszta, do któréj należy przeważna liczba zmian następowych, przebiegała przewlekle.

Według rozległości sprawy chorobowéj spostrzegano w 4 tylko przypadkach ograniczone zmiany zapalne (*pleuritis circumscripta*), między temi były 3 przypadki t. zw. *pleuritis sicca s. fibrinosa*, 1 przyp. z wypociną otorbioną (*pleuritis saccata*). Reszta, tj. 23 przyp., odnosiła się do zapalenia opłucnéj na znaczniejszéj przestrzeni. Podział na przypadki z wypociną suchą i płynną nie jest wszakże ścisły, gdyż według Wintricha 8—10 uncyj cieczy w worku opłucnowym nie jesteśmy w stanie wykazać wypukiem; dopiero gdy poziom wypociny z tyłu klatki piersiowéj wzniesie się na 3—4 palce poprzeczne i przedstawia warstwę 4—6 cm. grubą, niewątpliwie fizycznie wykazać ją można.

Pod względem fizycznych własności cieczy wypocinowéj postrzegano w 20tu przyp. wypocinę surowiczo-włóknikową, w 3 ropną; z tych w 1 wypocina była czysto ropną, w drugim był *pneumo-pyothorax* (skutkiem przebicia jamy suchotniczéj do worka opłucnowego), a w trzecim była wypocina ropna z następową odmą piersiową, (skutkiem przebicia opłucnowéj wypociny ropnéj do tchawicy i gardziela). Zapalenia z wypociną przeważnie krwawą (*pleuritis haemorrhagica*) nie postrzegano w żadnym przypadku.

Ze względu na przebieg kliniczny odróżniano zapalenie opłucny wypocinowe (*pleuritis exsudativa*) jako sprawę ostrą, od wypociny opłucnowéj (*exsudatum pleuriticum*) jako wyniku zapalenia opłucnéj ostrego lub objawu zap. przewlekłego; pierwsze zauważano w 15, drugą w 8 przypadkach.

Przebieg choroby. Pomiędzy 10 przypadkami ostrego lub przyostrego zapalenia opłucny, 6 razy choroba rozpoczynała się od jednorazowego dreszczu silniejszego lub kilkakrotnych dreszczyków. W reszcie przypadków téj kategoryi pierwszym objawem bywało kłucie w boku, uczucie osłabienia, gorączka itd. Czy dreszcze te odnieść należy do sprawy zapalnéj w saméj opłucny, lub czy zależą one od małych ognisk zapalnych w miąższu płucnym, których nigdy stanowczo wykluczyć nie można, trudno rozstrzygnąć. W naszych przypadkach samodzielnego zapalenia opłucny najwyższe podniesienie ciepłoty wynosiło 39·6° C. i to w pierwszych dniach choroby, poczém w kilku lub kilkunastu dniach ciepłota obniżając się stopniowo wracała do stanu prawidłowego. Jeżeli zapalenie opłucny powstało skutkiem równoczesnego zapalenia włóknikowego płuc, gorączka bywała daleko znaczniejszą (do 41° C.). W miarę opadania gorączki nie zawsze zmniejszała się wypocina opłucnowa; częstokroć już po zupełném ustąpieniu stanu gorączkowego stwierdzić było można przez dłuższy czas mniéj lub więcéj obfitą wypocinę opłucnową, powoli ulegającą wessaniu. Zapalenia opłucny przewlekłe przebiegały albo z bardzo małemi tylko i to wieczornemi podniesieniami ciepłoty (do 38·0° C.), tak że klinicznie zaliczyć je było można do niezapalnych wypocin opłucnowych, lub téż okazywały mierny stan gorączkowy ze zwolnieniami rannemi.

U jednego np. z chorych, 47 letniego mężczyzny, przyjętego w 14tym dniu choroby z rozpoznaniem *pleuritis exsudativa serosofibrinosa, post arthritidem articulorum acutam*, ciepłota aż do 40go dnia choroby wahała się średnio między 37·4 a 38·3° C.; zaledwie kilka razy w czasie tym gorączka podnosiła się w godzinach popołudniowych powyżéj 39·0° C. a opadała w godz. rannych do 36·8° C. w ciągu tego czasu wypocina opłucnowa mimo rozmaitych środków stósowanych tak zewnętrznie jako i wewnętrznie w celu szybszego jéj wessania, bardzo powoli się zmniejszała.

Do oznak wykluczających wypocinę ropną zaliczano: brak odpowiednich szczegółów przyczynowych, odpowiedniego toru gorączkowego, powtarzających się dreszczów i potów, tudzież znaczniejszéj bolesności i obrzmienia powłok klatki piersiowéj. Za wypociną surowiczą lub surowiczo-włóknikową przemawiał między innemi objaw Baccelliego (*pectoriloquia*), tj. dobre przewodnictwo dla szmerów szepcących. Jednakże i w przypadkach z wypociną ropną stan gorączkowy zachowywał się rozmaicie.

U 30-letniego np. wyrobnika wystąpił (skutkiem napicia się zimnéj wody po ciężkiéj pracy fizycznéj?) dolegliwy ból w boku prawym, utrzymujący się wśród miernéj gorączki przez cały miesiąc (bez dreszczów i bez znaczniejszéj duszności). W początku choroby chory doznał silnego jednorazowego dreszczu i dokuczliwego kaszlu, przyczém wykrztusił naraz wielką ilość ropy. W kilka dni potém poczęły się tworzyć po stronie prawéj klatki piersiowéj otwory, których liczba w ciągu kilku miesięcy doszła do 12tu; z otworów tych wydzielała się, zwłaszcza podczas kaszlu zielonkowata ropa. Powietrza w jamie opłucnowéj nie stwierdzono, z czego wnosić można, że ropa nie przebiła się do większego oskrzela, lecz przesączyła się niejako przez miąższ płucny skutkiem powstania maleńkich otworków w opłucny płucowéj, (ograniczona zgorzel, któréj domyślał się w takich razach już Hippokrates, a którą w nowych czasach wykazał Traube). Wśród opatrywania przeciwgnilnego przetok, na których krwawe rozszerzenie chory nie zezwalał, gorączka ustąpiła zupełnie. Wysięk ropny bardzo powoli się zmniejszał, mimo to chory szybko wracał do sił.

W innym przypadku z wypociną ropną i następową odmą piersiową chory wcale nie gorączkował, co tłumaczono podeszłym wiekiem chorego (65 lat) i znacznèm wycieńczeniem.

O jakości tętna, które zazwyczaj odpowiadało zachowaniu się ciepłoty, o duszności która zależała od szybkości, z jaką rozwijała się wypocina opłucnowa, od jéj ilości, od nasilenia bólów przy oddychaniu, od nasilenia stanu gorączkowego itp., niema nic szczególnego do zanotowania. Toż samo dotyczy i sposobu układania się chorych w łóżku. Zgodnie z tłumaczeniem Traubego, (*Ges. Beitr. II. 1036 i następ.*) w przypadkach świeżo powstałego zapalenia opłucny chorzy kładli się na boku zdrowym, gdyż w ten sposób krążenie krwi po stronie choréj jest ułatwione; w przypadkach zaś z wypociną znacznych rozmiarów chorzy woleli leżeć na boku chorym, aby tym sposobem uniknąć ciśnienia płynu wypocinowego na płuco zdrowe. Dotyczy to jednak tylko osobników jeszcze stosunkowo dość silnych, gdyż chorzy bardzo osłabieni i wyniszczeni zwykli apatycznie leżeć w tém położeniu, w jakiém przypadkowo lub umyślnie ułożonemi zostali.

Bóle kłujące stale się pojawiały, zwłaszcza w początkach choroby lub w czasie zaostrzania się przewlekłéj sprawy zapalnéj. Im indywiduum było młodsze i silniejsze, tém bóle bywały dokuczliwsze. Występowały one zawsze po stronie chorobowo zajętéj, w jednym tylko przypadku, u 29-letniego czeladnika masarskiego, przyjętego w d. 11/12 75 ze starą wypociną opłucnową po stronie prawéj, przed 7 miesiącami równocześnie z dreszczem, gorączką, osłabieniem itd. miał najprzód wystąpić ból w prawym boku, — późniéj dopiero przeniósł się do boku lewego i tamże przez dłuższy czas się utrzymywał. — O pojawieniu się w rzadkich przypadkach drugostronnego bólu w zapaleniu opłucny wspomina już Laënnec. Gerhardt i Huss (*Arch. f. klin. Med. IX, 242*) tłumaczą to anatomicznèm łączeniem się nerwów czuciowych z obydwu stron klatki piersiowéj w śródpiersiu przodkowèm. Inni podają w wątpliwość tak istnienie drugostronnego bólu jako i tłumaczenie wspomnianych autorów.

Kaszel towarzyszył większéj liczbie naszych przypadków. Częstokroć chorzy z kaszlem nie odkrztuszali żadnéj plwociny, w innych razach małą ilość plwocin nieżytowych. Jeżeli wypocina opłucnowa stanowiła tylko powikłanie suchot płucnych, natenczas kaszel i plwociny zależały oczywiście od sprawy głównéj. Wielka ilość plwociny ropnéj nagle wykrztuszonéj pochodziła w przypadku jednym z przesiąknięcia wypociny ropnéj przez miąższ płucny, w drugim z przebicia się ropy do gardziela i tchawicy. Przypadek ten streszczę pokrótce:

J. Z., l. 65., dawniéj zawsze zdrów, od 7miu miesięcy doznaje bólów w stawie biodrowym. Przed paru miesiącami bez wiadoméj przyczyny zaczął kaszleć i doznawać miernego kłucia w boku prawym, dolegliwości te jednak nie odrywały go od zwykłego zajęcia. Przed trzema tygodniami chory po raz pierwszy doznał trudności w połykaniu zwłaszcza pokarmów stałych, przy czém takowe zatrzymywać się miały w gardzielu na wysokości połowy mostka i dopiero po popiciu wodą dostawały się do żołądka. Trzy dni temu, tj. 5/7 78, chory doznał bardzo silnego napadu kaszlu, przy czém wykrztusił na raz do $^1/_2$ kwarty ropy pomięszanéj z krwią; nazajutrz kęsy stałe już nie zatrzymywały się w gardzielu, lecz zaledwie przełknięte natychmiast wśród silnego kaszlu musiały być wykrztuszane. Od tego czasu bóle kłujące w boku prawym się wzmogły. Badanie wykazało: zapalenie opłucny płuca prawego z mierną wypociną w worku opłucnowym prawym i odmę piersiową prawą. Po przełknięciu małéj ilości wody chory się zaraz krztusił, podczas czego na mostku słychać było rzężenia grubobańkowe i cała ilość wody zostawała natychmiast wykaszlaną. Objawy te tłumaczono istnieniem komunikacyi między tchawicą a gardzielem (*oesophagus*). Ze względu na początek i przebieg choroby prawdopodobném było, że pierwotną chorobę stanowiło ropne zapalenie opłucny, które wywołało przebicie tchawicy i gardziela z następową odmą piersiową. Możebném było i to, że przebicie nastąpiło ze strony pierwotnie chorobowo zajętego gardziela do dróg oddechowych, czemu jednak nie odpowiadały przypadły zapalenia opłucny jako pierwsze objawy choroby. W ciągu krótkiego pobytu w klinice chory mimo sztucznego żywienia (lewatywy z peptonu) coraz bardziéj podupadał na siłach. Na własne żądanie po paru dniach opuścił klinikę.

Z objawów fizycznych mało mamy na podstawie nielicznych naszych przypadków do namienienia. Godzi się namienić, że w paru przypadkach z wolną wypociną opłucnową linija stłumienia która według Wintricha (*Krankh. der Respirationsorgane 254*) sięga zawsze z tyłu najwyżéj, a ku przodowi coraz bardziéj się obniża, okazywała przebieg odmienny, mianowicie tworzyła w linii pachowéj łuk zwrócony ku górze, którego szczyt wznosił się wyżéj niźli tylna granica stłumienia. — Wspomnę także pokrótce o dyslokacyjach sąsiednich narządów wskutek większéj wypociny opłucnowéj.

W jednym z naszych przypadków, u J. E., 47-letniego kupca przyjętego ze znacznego stopnia zapalną wypociną opłucnową lewą, powstałą w następstwie zapalenia wielostawowego, śródpiersie przodkowe wraz z sercem wyparte zostało ku stronie prawéj, aż po za liniję sutkową prawą (na wysokości 5go żebra). Po dwóch tygodniach, podczas których podawano choremu kwas salicylowy, (ze względu na związek ajtyjologiczny z chorobą pierwotną), stosowano na bok maść jodoformową i okłady ciepłe; chory opuszczając klinikę okazywał dyslokacyję serca sięgającą tylko do połowy mostka.

Tak znaczne dyslokacyje przy lewostronnéj wypocinie opłucnowéj są w ogóle rzadkie. Według Fraentzla (*Ziemss. Hdb.* IV, 2, 365) bardzo rzadko serce bywa tak znacznie wyparte wypociną opłucnową lewą, że stłumienie serca sięga do linii sutkowéj prawéj; a i to zdarza się prawie tylko u dzieci i osobników młodych, bardzo zaś rzadko (jak w naszym przypadku) u ludzi w wieku podeszłym.

Przy wypocinie opłucnowéj prawéj możemy potwierdzić zdanie Wintricha (l. c. 256), aczkolwiek temu przeczy Fraentzel (l. c. 367), że skutkiem ucisku wypociny na prawy przeważnie płat wątroby, takowa okręca się około więzu wieszadłowego w ten sposób, że płat jéj lewy podnosi się do góry i może się przyczynić do podniesienia serca. W jednym przypadku okręcenie to wątroby (*contorsio hepatis*) było bardzo wybitne, skutkiem czego uderzenie koniuszkowe serca widocznèm było w 3 przestworze międzyżebrowym.

Badanie pneumatyczne wykazywało upośledzenie siły oddechowéj płuc, przeważnie wdechowéj. Przy znacznéj wiotkości mięśni oddechowych można było niekiedy również stwierdzić niedostateczność wydechową (zob. Dr. Rychlicki. Kilka słów o pneumatometryi i manometryi płuc, pod względem fizyjologicznym i rozpoznawczym str. 84, z kliniki Prof. Korczyńskiego II. 1876). Zdejmowane częstokroć obrazy stetograficzne (stetograf Riegla) unaoczniały wybitnie upośledzoną ruchomość odpowiedniéj połowy klatki piersiowéj, oraz stwierdzały wyniki badania pneumatometrycznego. Przy niedostateczności wdechowéj linija wdechowa stetogramu bywała w stosunku do strony zdrowéj więcéj poziomą i dłuższą.

Kilka słów jeszcze o powikłaniach. Jako powikłania w bezpośrednim związku przyczynowym ze zmianami chorobowemi opłucny pozostające postrzegano: 2 razy zapalenie osierdzia (*pericarditis sicca*); w kilku przewlekłych przypadkach zastępczą rozedmę płuca drugiego; w jednym przy-

padku rozwinęło się w przebiegu zapalenia opłucny prawéj nieżytowe zapalenie górnego płatu płuca lewego; w innym przypadku po znaczném dopiero zmniejszeniu się kilkakrotnie powracającéj wypociny opłucnowéj prawéj wykazać było można fizycznie naciek zapalny w płacie dolnym prawym. Naciek ten wśród obserwacyi klinicznéj ulegał powolnemu wessaniu, w miarę ustępującéj wypociny opłucnowéj. Prócz powyższego postrzegano jeszcze przypadek, w którym przypady zapalenia opłucny maskowały zupełnie naciek włóknikowy miąższu płucnego. Jestto t. zw. *pneumopleuritis*, gdzie zapalenie opłucny występuje wybitnie jako choroba główna, w przeciwstawieniu do t. zw. *pleuropneumonia*, w któréj zmiany opłucny jako następstwo nacieku zapalnego w miąższu płucnym podrzędną tylko grają rolę. W innym przypadku wśród przebiegu długotrwałego zapalenia opłucny prawéj powstały przypady kamieni żółciowych *(cholelithiasis)*, wątroba stała się bolesną i obrzmiała, a pęcherzyk żółciowy dokładnie wymacać się dawał. W jakim tu stosunku powstanie kamyków żółciowych pozostawało do choroby głównéj trudno rozstrzygnąć. W każdym razie przypuścić wolno, że upośledzona ruchomość prawéj połowy klatki piersiowéj a przedewszystkiém przepony, mogła mieć wpływ jeśli nie wywołujący to usposabiający do zastoju żółci, a tém samém i do powstania kamyków żółciowych.

Powikłania przypadkowe, jak zimnicę, wrzody żylakowate, zanik nerwu wzrokowego itp. pomijam.

Pomiędzy 27 przypadkami z chorobami opłucny, 2 zakończyły się śmiercią. Jeden z nich nie budzi żadnego zajęcia, gdyż były to właściwie suchoty płucne powikłane z bardzo obfitą wypociną opłucnową. I w drugim przypadku zmiany w opłucny były następstwem sprawy rozpadowéj w miąższu płucnym; był on jednak o tyle ciekawy, że odma piersiowa z następową wypociną opłucnową ropną (*pneumopyothorax)* przebiegała wśród miernéj gorączki, (do 39·0°C.) stósunkowo bardzo długo, bo przeszło 8 tygodni.

O l e c z e n i u mało mam do namienienia. Przekłucia klatki piersiowéj *(thoracocentesis)* nie wykonano w żadnym przypadku; w razach gdzie byłaby pożyteczną, chorzy na operacyję nie zezwalali. Zresztą w przypadkach ostrych uśmierzano gorączkę (przeważnie chininem) i stósowano na klatkę piersiową okłady zimne. W przypadkach zapalenia opłucny, powstałego na tle reumatyczném, podawany kwas salicylowy był równie bezskutecznym, jak i przeciw zapaleniu osierdzia lub śródsierdzia po zapaleniu stawów. W celu przyspieszenia wessania wypociny stósowano zewnętrznie ciepłe kataplazmy, pędzlowano nalewką jodową, wcierano maść jodoformową, (przy czém bardzo rychło okazywał się jod w moczu), lub téż postępowano napotnie. Próbowano również dla sprowadzenia szybszego wessania wypociny żywić chorych prawie wyłącznie pokarmami suchemi, ze skutkiem wątpliwym. Ze środków rozdzielających podawano najczęściéj jodek potasowy. W kilku przypadkach retrakcyi płuc po zap. opłucnéj stósowano z korzyścią wziewania powietrza zgęszczonego za pomocą przyrządu Waldenburga.

Liczba przypadków zapalenia opłucnéj (przyp. 39) i wypociny opłucnowéj (przyp. 33) wynosiła w k l i n i c e r u c h o m é j 72, co stanowi 5·7% względnie do liczby chorych z chorobami narządu oddechowego, a 1·6% względnie do ogólnéj liczby chorych.

Kilka przypadków zniekształcenia klatki piersiowéj po zap. opłucnéj leczonych w klinice stałéj, a kilkanaście zauważanych w klinice ruchoméj, nie przedstawiały nic szczególnego, dlatego je zupełnie pomijamy.

II. Przypadek odmy piersiowéj leczony w szpitalu św. Ludwika.

Przez Dra **A. Kwaśnickiego.**

Do rzędu chorób, których ajtyjologija, przebieg, leczenie i zejście niczém nie wyróżniają się w wieku dziecięcym, należy odma piersiowa. Dla tych to zapewne przyczyn autorowie podręczników pedyjatrycznych: Bouchut, Steiner, d'Espine i Picot nie poświęcili odmie osobnego działu, przedstawiając ją szkicowo przy traktowaniu tych chorób, w przebiegu których najczęściéj powstaje; Rilliet i Barthez dali gruntowny, wyczerpujący opis odmy piersiowéj u dzieci, a praca ta, do któréj dołączyli kilka kazuistycznych przypadków z własnéj praktyki, stanowi ową całość i doskonałość, któremi odznacza się to wszystko, co wyszło z pod pióra tych autorów; Lichtenstern w zbiorowém dziele Gerhardta podaje w nieco rozwodnionym artykule to wszystko, co do téj pory o odmie piersiowéj wiemy. Porównywając pracę Rilliet-Bartheza z artykułem Lichtensterna widzimy, że od r. 1843 (gdyż mówię o 3ciém wydaniu dzieła Rilliet-Bartheza) do dnia dzisiejszego, pomimo całego przewrotu w pojęciach lekarskich, wiedza nasza o odmie piersiowéj żadnéj nie uległa zmianie.

Po porzuceniu nieuzasadnionego przekonania, że odma piersiowa powstać może w skutek wydzielania się gazów z powierzchni opłucny, po uczynieniu wszelkich zastrzeżeń co do wytwarzania się w jamie opłucny gazów z rozkładu wypociny ropnéj powstających, jak to Laënnec przypuszczał, w reszcie przypadków ajtyjologija odmy piersiowéj jest jasną; przedziurawienie opłucny żebrowéj lub płucnéj, czy to od płuca lub skóry do worka opłucnowego idące, czyli téż od worka do płuc lub skóry, jest istotną, dobrze zrozumiałą, dającą się na zwłokach wykazać, przyczyną odmy. Do rzędu spraw chorobowych płuc, które prowadzą do przedziurawienia worka opłucnowego i dostania się doń powietrza, należą: suchoty płucne, które podług statystyki Rilliet-Bartheza zajmują pierwsze miejsce, i tém częściéj wywołują odmę, czém więcéj wytwarza się jam powierzchownie umiejscowionych, i czém ostrzejszy jest przebieg suchot, nie zostawiający dosyć czasu do wytworzenia mocnych zrostów opłucnowych. Drugie miejsce po suchotach zajmuje zrazikowe zapalenie płuc, które najprawdopodobniéj u dzieci częściéj aniżeli suchoty wywołuje odmę, zwłaszcza spostrzegano często to powikłanie w zapaleniach poodrowych; przypuszczam, że odma, powstająca w przebiegu krztuśca także ma punkt wyjścia w zapaleniu zrazikowém, a nie w rozedmie; rozpad nacieku zrazikowego i następowo wytworzona jama tłumaczą łatwość powstawania odmy w długotrwałych zapaleniach płuc. Do chorób wywołujących odmę, w stosunku do częstości, należą jeszcze: zgorzel, ropień, zator płuc; rozedma płuc zajmuje ostatnie miejsce. Drugi szereg przyczyn odmy stanowią rany przeszywające klatkę piersiową, złamania żeber, przejechania, wrzody głębsze skóry. Długotrwała wypocina ropna worka opłucnowego daje często początek wrzodom opłucny, które przedziurawiając skórę lub opłucnę, wywołują także odmę piersiową. Do przyczyn najrzadszych, a może i niespotyka-

nych w wieku dziecięcym, należy przedziurawienie worka opłucnowego przez nowotwór wychodzący z narządów sąsiednich.

Jeśli więc przyczyny odmy piersiowéj nie należą do tajemnic, to pewność ta odnosi się tylko do przyczyn tak zwanych przygotowujących; natomiast mniéj łatwo określić sobie możemy, zwłaszcza w każdym szczegółowym przypadku, szereg przyczyn bliższych, tych bodźców ostatecznych, które przedziurawienie wywołują; rozdęty pęcherzyk płucny lub jama mają dosyć trwałości, ażeby wytrzymać napór powietrza wdechowego; gdy jednak napór ten zwiększy się kaszlem, wymiotami lub innem wysileniem, ściany pęcherzyka lub jamy ulegają i powstaje odma. Chcąc zastanowić się nad temi bodźcami w toku méj rozprawki, zamierzam podać przebieg choroby chłopca leczonego w Szpitalu św. Ludwika.

Sześcioletni P. W. został przyjęty do szpitala d. 12 marca rb. z objawami cechującemi nieżytowe zapalenie krtani zadany środek wymiotny potwierdził to rozpoznanie, gdyż w wymiocinach nie znaleziono błon wrzekomych; mocz białka nie zawierał, chlorki opadały. Piątego dnia spostrzeżono w moczu ślad białka i chlorki były zmniejszone, stale podniesiona ciepłota poczęła wieczorami przekraczać 39°; ósmego dnia pobytu chorego w szpitalu stwierdzono obok silnego nieżytu oskrzelowego obu płuc, zapalenie zrazikowe dolnego płatu płuca lewego; naciek zapalny dnia następnego postąpił, a trzeciego przyłączyła się wypocina nader obfita w opłucnie lewéj, obok zrazikowego zapalenia płuca prawego; ciepłota wieczorami zawsze przechodziła 39°/₀ i dopiero 12go dnia choroby płucnéj obniżyła się ona o stopień, a w dniach następnych powolnie powracała do prawidłowéj; pomimo jednak tego stanu bezgorączkowego stwierdzono zwiększenie się wypociny opłucnowéj, serce zostało wyparte na prawą stronę mostka i uderzenie jego następowało w piątém prawém międzyżebrzu w linii przymostkowéj. W pierwszéj połowie m. maja, a więc po 2 miesięcznym upływie czasu, stwierdzono obniżenie się granicy wypocinowéj, przy kręgosłupie stały się słyszalnemi słabe szmery oddechowe; klatka piersiowa z biegiem czasu zaczęła się zapadać po stronie lewéj, a międzyżebrza, do téj pory wygładzone, zarysowały się nieznacznemi zagłębieniami. Pomimo wszelkich wysiłków dyjetetycznych i terapeutycznych chory chudł i marniał, do czego nie mało przyczyniało się rozwolnienie; w czerwcu zaczął tracić na wadze, w tymże samym miesiącu stwierdzono rozpadanie się nacieku w płucu prawém, lewa połowa klatki piersiowéj dawała ton wypukowy beczkowy, stłumiony, a szmery oddechowe słabe, udzielone, nieco chuchające; ten brak wyraźnych szmerów oddechowych pomimo ustąpienia wypociny, na co wskazywał wypuk, naprowadzał na myśl, że płuco uległo w skutek dwumiesięcznego ucisku przez wypocinę opłucnową przeobrażeniom anatomicznym, które pozbawiły go zdolności rozszerzania się w próżni opłucnowéj, z drugiéj strony nieznaczne tylko spłaszczenie się klatki piersiowéj świadczyło, że ściany takowéj po stronie lewéj uległy zesztywnieniu. Ogólny stan chorego był zawsze nie dobry, gorączka wieczorna nie opuszczała go, kaszlał i wykrztuszał wiele, kaszel przybierał cechę napadową, jakby krztuścową, przy czém wykrztuszanie było nader obfite.

Pierwszego sierpnia samo wejrzenie chorego zapowiadało, że zaszły w jego stanie zdrowia zmiany, które wywołają cierpienie mocne z porażeniem. Chory oddychał często i ciężko, twarz jego była blada, lecz nie sina, pokryta zimnym potem, tętno drobne, ciepłota prawidłowa; klatka piersiowa, któréj lewa połowa przedtém była zapadnięta, obecnie była wysadzoną, międzyżebrza nieco przedtém wklęsłe były zupełnie wygładzone, klatka piersiowa nie rozszerzała się, gdyż była ona ustawiona nieruchomie na wysokości wdechu; to wysadzenie klatki piersiowéj po stronie lewéj uderzało, gdyż oko przyzwyczaiło się widzieć ją spłaszczoną, lecz bezwzględnie biorąc rzeczy łuk wysklepienia lewéj połowy klatki piersiowéj nie wiele różnił się promieniem od łuku oznaczającego najwyższą ekskursyję wdechową prawéj połowy klatki piersiowéj. Wypuk lewéj połowy klatki piersiowéj dawał ton beczkowy, rozległy, szmerów oddechowych słyszeć nie można było, natomiast podźwięk metaliczny, najwybitniejszy w okolicy przysercowéj, rozlegał się głośno po całéj téj połowie klatki piersiowéj, zwłaszcza przy jednoczesném opukiwaniu. W obec zmian zaszłych w płucu lewém nie znaleziono zwykłych rekompensacyjnych objawów w płucu prawém, snać przy dawniejszym ucisku płuca lewego wyrównanie już przedtém nastąpiło. W obec tych objawów rozpoznano o d m ę p i e r s i o w ą. Przez następne dwa tygodnie chory nie gorączkował, a w nędznym stanie jego zdrowia nie zaszła żadna uderzająca zmiana; w trzecim tygodniu zwrócono uwagę na plwociny, które obok brudno-białego zabarwienia, wielkiéj płynności, odznaczały się smrodliwém cuchnieniem, chory kaszlał rzadko, lecz kaszel był kurczowy, napadowy, kończący się obfitém wykrztuszeniem; plwociny badane pod drobnowidem nie zawierały włókien tkanki sprężystéj, rozpoznawano więc rozstrzenie oskrzelowe; dopiero w 5tym tygodniu stwierdzono w plwocinach włókna sprężyste, co wspólnie z objawami wypuku i wysłuchu przemawiało za obecnością, obok rozstrzeni, jam w płucu prawém. W owym czasie zauważano, że wygładzone międzyżebrza lewe poczęły się zarysowywać wklęsłościami, a podźwięk metaliczny stał się mniéj dźwięcznym. Ciepłota, która rankami bywała niżéj prawidłowéj, wieczorami podnosiła się do 39°0, rozwolnienie uporczywie się utrzymywało.

Stósownie do okoliczności leczono chorego środkami kojącemi, przeciwgorączkowemi, usiłowano powstrzymać rozwolnienie, podawano olejek terpentynowy do wdychiwań; dyjeta pożywna i lekko strawna; pomimo jednak tych zachodów chory upadał na siłach, tracił łaknienie, wreszcie odleżał się. W końcu września wystąpiła puchlina skórna, mocz zbadany w pracowni prof. Stopczańskiego zawierał w znacznéj ilości białko, wałeczki Belliniego, łuski przybłonkowe, zwiększoną ilość śluzu, obok wysokiego ciężaru gatunkowego; to wystąpienie sprawy zapalnéj w nerkach przyspieszyło i tak już spodziewany koniec; odleżyny szerzyły się, rozwolnienie powiększało się, na grzbiecie prawéj ręki wystąpiły pęcherze napełnione cieczą sinawą, które po dobrowolném otworzeniu zamieniły się w otrętwiałe wrzody, i chory wśród zapadu dokonał życia d. 5 października, tj. w 2 miesiące i 5 dni po wystąpieniu odmy piersiowéj. W ostatnich trzech tygodniach zauważono, że klatka piersiowa po stronie lewéj zapada się, że międzyżebrza ponownie zaklęsły się, tak że w stosunku do prawéj lewa połowa klatki piersiowéj przedstawiała się spłaszczoną i niebiorącą udziału w ruchach oddechowych; pomimo tego zapadania się klatki piersiowéj, które świadczyło o wessaniu powietrza, podźwięk metaliczny, choć o wiele słabszy, utrzymywał się. Na karcie śmierci zapisano: *Phthisis pulmonum subseq. pneumothorace sinistro, tumor lienis chronicus, nephritis parenchymatosa acuta, enterocatarrhus chronicus.*

Sekcyja wykonana przez asystenta Dra Pisska wyka-

zała: lewa połowa klatki piersiowéj płaska, na całéj przestrzeni zapadła; po zdjęciu z niéj skóry, kiedy zamierzano nakłóć międzyżebrze dla przekonania się, czy nastąpi cechujący poświst, którego w obec zapadniętéj klatki piersiowéj po stronie lewéj nie spodziewano się usłyszeć, zauważano w 5tém międzyżebrzu, w linii przymostkowéj, wrzód przetokowy, mający w średnicy 0,003 do 0,004, który wychodząc z klatki piersiowéj, przebiwszy opłucnę i mięsień międzyżebrowy, dosięgnął tkanki podskórnéj; skóra w odpowiadającém miejscu blada, cienka, a zresztą prawidłowa; przebieg téj przetoki niezupełnéj jest poziomy, tj. w prostym kierunku od opłucny do skóry, zawierała ona nieco ropy, w tkance podskornéj; pomimo że takowa do saméj skóry była zajęta wrzodem drążącym, nie stwierdzono odmy skórnéj. Po otwarciu klatki piersiowéj znaleziono ją próżną w polowie lewéj, opłucna znacznie zgrubiała, pokryta tu i owdzie włóknikową wypociną, tworzącą kilka pasków z tkanki łącznéj, w kształcie mostków, łączących opłucnę żebrową z mocno ugniecionêm płucem, ku kręgosłupowi przypartém; prócz wrzodu przetokowego, o którym wyżéj była mowa, znajdowało się drugie przedziurawienie opłucny płucnej w miejscu odpowiadającém dolnemu płatowi płuca, wielkości siemienia konopnego; badanie tego wrzodu zgłębnikiem i przez cięcie nie wykazało, ażeby przedziurawienie to połączoném było z jamą płucną lub rozstrzenią oskrzelową, koniec zgłębnika kierowany we wszystkich kierunkach opierał się o złykowaciałe płuco; ponieważ jednak do powstania odmy piersiowéj nie potrzeba, ażeby jama była wielkich rozmiarów, nic nie stoi na przeszkodzie mniemaniu, że właśnie to przedziurawienie było punktem wyjścia odmy, a jeśli nie mogliśmy wykazać jamy, to nie mało do tego przyczynił się nowy ucisk płuca przez odmę i następstwa anatomiczne takowego; przetoka płucna musiała zabliźnić się, skoro odma już w trzecim tygodniu poczęła się zmniejszać, a klatka piersiowa zapadała się ponownie w skutek wessania powietrza.

Płuco lewe dochodziło zaledwie do wielkości dłoni męskiéj, silnie przyparte do kręgosłupa, sine i łykowate, w szczycie nieliczne ogniska serowate przeważnie skredowaciałe, obok śladów ścian jamy, miąższ powietrza nie zawierał. Płuco prawe szczytem przyrośnięte do ścian klatki piersiowéj, opłucna pokryta świeżą włóknikową wypociną; szczytem rozkroju okazuje obszerną, wielkości jaja gołębiego jamę, o ścianach prawie wyłącznie z zgrubiałéj opłucny powstałych; treść w niéj zawarta cuchnąca, ropiasta, dolne $^2/_3$ rozkroju okazują powierzchnię drobnoziarnistą, szarą, z któréj wypływa gęsta, lepka, brudna ciecz, miąższ bezpowietrzny nader kruchy. Oskrzela wypełnione obficie gęstą ropiastą wypociną, w części przybrzeżnéj znacznie rozszerzone.

Mózg, komórki i opony prawidłowe. Serce prawidłowe, wątroba nieznacznie stłuszczona, śledziona bardzo powiększona, torebka cienka, miąższ zbity.

Nerki miernie powiększone, torebka schodzi łatwo, na rozkroju kora szersza, wypuklająca się, dosyć wyraźnie od piramid odgraniczona, okazuje nieliczne żółtawe smugi na szarém tle.

Przypadek kliniczny, który opisałem, nie przedstawia w swym przebiegu nic niezwykłego: obok i jednocześnie z zapaleniem opłucny lewéj odbywała się sprawa zapalna w zrazikach płuca lewego z następowém zserowaceniem i rozpadem nacieku, a ściany jednéj z najpowierzchowniejszych jam, pod wpływem czynników napierających, rozdarły się i skomunikowały z opłucną, czego następstwem była odma płuca lewego; jeśli więc pozwoliłem sobie opisać ten przypadek, to jedynie dla tego, ażeby zastanowić się nad temi czynnikami, które przerwanie się opłucny wywołały. Powszechnie przypuszczano, że kaszel, rzadziéj wymioty, jest przyczyną wywołującą od się w schorzałém płucu; czynniki te działają mocą silnie wdychiwanego powietrza, które rozszerzając nadmiernie uległe rozedmie pęcherzyki lub ściany jamy, przerywają opłucnę, jeśli takowa jest także schorzałą i ścieńczoną; do czynników tych dodałbym trzeci, wprawdzie wyjątkowo występujący, a mianowicie zwiększoną siłę ssącą próżni opłucnowéj. W warunkach fizyjologicznych oddychania opłucne trzewiowa i żebrowa przylegają do siebie, a kiedy mięśnie wdechowe usiłują oddalić część żebrową, próżnię stąd powstającą wypełnia płuco, tak, że istotnie próżnia opłucnowa jest u zdrowego zawsze wypełniona płucem, czy to podczas wdechu czy wydechu. Istnieje jednak stan chorobowy, który ten stosunek zmienia, mianowicie, jeśli obfita wypocina opłucnowa ugniata płuco przez czas dłuższy, to ostatnie utraca swe anatomiczne własności i nie może wypełnić jamy opłucnowéj, pomimo że wypocina wessała się lub została usuniętą; wielka próżnia w ten sposób powstała znacznie odmienia stosunek ciśnienia wewnątrz i zewnątrzpiersiowego; ciśnienie atmosferyczne spłaszcza i wykrzywia odpowiednią połowę klatki piersiowéj, i to zapadnięcie w przyjaznych warunkach najczęściéj reguluje mechanizm oddychania; lecz klatka piersiowa nie zawsze posiada tę elastyczność, nie zawsze jest w stanie uledz ciśnieniu atmosferycznemu; zdarza się, że obfita wypocina trwa długo, i odpowiednia połowa klatki piersiowéj nie bierze udziału w ruchach oddechowych; wówczas żebra wytwarzają patologiczne związki, które upośledzają ich ruchomość, czyniąc tę połowę klatki piersiowéj sztywną, mało ruchomą, lub zupełnie nieruchomą, do czego nie mało przyczynia się zgrubienie opłucny; w tych warunkach zapadnięcie się klatki piersiowéj jest nieznaczne i powstaje wielka różnica między ciśnieniem zewnątrz i wewnątrzpiersiowém, a opadnięte płuco zostaje wciąganém do próżni opłucnowéj tém silniéj, czém większą jest ta różnica. Homolle w obszernéj rozprawie (*Revue Mensuelle Nr. 2, 1879*) streszcza wypadki swych badań nad ciśnieniem śródpiersiowém u osób cierpiących na wypociny opłucnowe; wyjmuję z téj pracy ten szczegół, że największe ciśnienie ujemne, po wypuszczeniu z opłucny wypociny, następowało wtenczas, kiedy płuco utracało zdolność rozszerzalności, a zgrubiała opłucna i zesztywniałe ściany klatki piersiowéj uniemożebniały spłaszczenie się takowéj.

Zastosujmy te uwagi do naszego chorego; pół roku trwająca nader obfita wypocina wywołała sztywność klatki piersiowéj, widzieliśmy na zwłokach opłucnę zgrubiałą; objawy wypukowe i wysłuchowe dowodnie świadczyły o nierozszerzalności płuca po ustąpieniu wypociny. W prostym stosunku do sztywności lewéj połowy klatki piersiowéj było nader nieznaczne jéj spłaszczenie się po wessaniu wypociny, nieznaczném również było jéj wysadzenie przy odmie i zapadnięcie się ponowne po wessaniu powietrza. Na zwłokach istniał inny jeszcze dowód wysokiego ujemnego ciśnienia w lewéj połowie klatki piersiowéj; wrzód w 5tém międzyżebrzu, o którym wyżéj była mowa, przebijał mięśnie i tkankę podskórną, tak że na oddzielonéj skórze było jego dno; były więc wszystkie warunki powstania odmy skórnéj, a jeśli takowa nie miała miejsca, to tylko dlatego, że ciśnienie atmosferyczne było silniejszém od ciśnienia wewnątrzpiersiowego. Po złożeniu tych dowodów dochodzi się do

wniosku, że siła ssąca próżni opłucnowéj musiała działać wciągająco na części miękkie i podatne, nawet w czasie pauzy oddechowéj; a jeśli dodamy, że wypłaszczająca się przepona przy kaszlu powiększała pojemność téj próżni, a z nią i ujemne ciśnienie, to sile ssącéj próżni opłucnowéj należy przyznać niepośledni udział w wywołaniu odmy u naszego chorego.

Wzięcie w rachubę ujemnego ciśnienia przy ocenianiu warunków powstawania odmy piersiowéj w przypadkach analogicznych z wyżéj opisanym, ma tę praktyczną wartość, że wiedząc, czego należy obawiać się kojąc kaszel, można przedłużyć życie; powyższe zapatrywanie się i teoretyczna wartość poruszonéj sprawy ujemnego ciśnienia w próżni opłucnowéj ośmieliły mnie do spisania powyższych uwag.

III. Oceny i sprawozdania.

Karol Reklam: **Nauka zachowania zdrowia i zdolności do pracy**. Przekład Wacława Mayzla Dra med. Z 23 drzeworytami w tekscie. Warszawa 1880.

Zwrot, jaki się objawił w ostatnich czasach w całéj Europie ku badaniom higijenicznym i w ogóle ku nauce higijeny, miał ten skutek, że pojawiła się stosunkowo znaczna liczba dzieł z zakresu téj nauki. Prądowi temu uległa także po części i nasza literatura. Prócz kilku dzieł oryginalnych przedewszystkiém pojawiły się tłumaczenia np. Pappenheima, Oesterlena itd., a między temi ostatnie wyszło Dra Karola Reklama, które właśnie mamy przed sobą. Wybór właśnie tego dzieła do tłumaczenia uważamy za bardzo odpowiedni, w 9ciu bowiem niejako oddziałach obejmuje wprawdzie nie w systematycznym układzie, ale w luźnych rozdziałach, wszystko to, co do zachowania zdrowia należy. Nie jest to książka zupełnie popularna, ale przeznaczona dla ludzi wykształconych, zajmujących się naukami przyrodniczemi, oparta i powołująca się na zasady fizyjologii tak, że każdy lekarz, choćby nawet zajmował się szczegółowiéj nauką higijeny, wiele z niéj skorzystać może.

Autor, Dr. Reklam, znanym jest na polu literatury higijenicznéj niemieckiéj i zajmuje pośród niemieckich higijenistów jedno z wybitniejszych miejsc; co do treści nie można więc nic zarzucić, można nie zgadzać się z niektóremi zapatrywaniami autora, ale uznać wypada, że do napisania książki téj treści był może najwięcéj powołanym, bo od dawna w tym kierunku pracuje. Co się tyczy tłumaczenia, to aczkolwiek nie odpowiada wszelkim wymogom, jest ono o wiele lepszém od wielu innych tłumaczeń, jakie w ostatnich czasach prasę opuściły. Styl lekki, gładki, obok rozmaitości treści i stosunkowo dość częstego przytaczania zdań innych autorów, sprawia, że książka ta z wielką czyta się przyjemnością. Co do słownictwa jedynie, to nie zawsze można się z tłumaczem zgodzić i tak tłumacz używa na oznaczenie dziecięcia przy piersi wyrazu ssawiec, kiedy wyrazy: ossesek, sysak, zaczęły się już ucierać, miana zaś ssawiec używamy na oznaczenie zwierząt ssących; nieodpowiedniém też jest wyrażenie długowieczność ludzka, zwłaszcza w zestawieniu średnia długowieczność ludzka, które to wyrażenie łatwo zastąpić było można przez średnią długość życia. Również wyrazy turnerski plac, ćwiczenia turnerskie, dałyby się bardzo łatwo ominąć.

Znalazłyby się jeszcze inne mniéj właściwe wyrażenia, ale nie w téj liczbie, aby to ujmę stanowiło dla tłumaczenia i książki, o któréj w ogóle powiedzieć można, że tak co do treści jak i tłumaczenia jest bardzo pożądanym dla naszéj literatury nabytkiem. *Dr. Grabowski.*

Javal: **Fizyjologija czytania**.

Nie mamy zamiaru streszczać całéj, obszernéj pracy autora, bo treść jéj jako zbyt specyjalna, nie zajęłaby ogółu czytelników „Przeglądu Lek."; w przekonaniu jednak, że ósmy jéj rozdział pod napisem: „Myopia uczniów i oświetlenie szkół", zasługuje na uwagę każdego lekarza, pragniemy z treścią jego poznajomić czytelników. Wyniki statystyki myopii, uskutecznionéj w Niemczech, Rosyi, Austryi, Szwajcaryi i Ameryce, streszcza autor jak następuje: 1. Myopia bardzo rzadka w dziecięctwie, wytwarza się podczas lat szkolnych. 2. Liczba krótkowidzów większą jest w Niemczech, aniżeli w innych krajach. 3. Myopia rzadszą jest w szkołach wiejskich, aniżeli w miejskich. 4. Liczba krótkowidzów w tém samém mieście jest największa w szkołach znajdujących się w najgorszych warunkach oświetlenia. Na te wnioski zgadza się autor w zupełności, lecz sprzeciwia się innym, które wysnuto z téj statystyki. Okoliczność mianowicie, że myopia najczęstszą jest w Niemczech, a częstszą u dzieci miejskich niż u wiejskich, dała niektórym autorom szowinistycznym powód do twierdzenia, że myopia jest bardzo często dziedziczną, a ilość krótkowidzów w jakimś narodzie służyć może za miarę jego cywilizacyi. Tymczasem według poszukiwań statystycznych J., zgodnych z poszukiwaniami okulistów amerykańskich, dziedziczność ma wpływ tylko drugorzędny, a tak słaby, że stósowne środki zaradcze zdołają prawie zawsze przeszkodzić jéj powstaniu u dzieci, których rodzice dotknięci są tą wadą nawet w najwyższym stopniu. (Takie lekceważenie wpływu dziedziczności, nie zgadza się wcale z doświadczeniem. Od lat 10 zwracam baczną uwagę na stan refrakcyi rodziców pacyjentów, którzy z powodu krótkiego wzroku zasięgają méj rady i zrobiłem spostrzeżenie, że z dość rzadkiemi wyjątkami przynajmniéj jedno z rodziców miało zawsze wzrok krótki. Bardzo rzadko wydarza się także, żeby z kilkorga dzieci, pochodzących z matki lub ojca krótkowidza, żadne nie było dotknięte tą wadą. Któż nie wie, że jak są rodziny krótkowidzów, t. j. takie, których wszyscy albo większa część członków mają wzrok krótki, tak w innych rodzinach to zboczenie refrakcyi zupełnie jest nieznaném. Nie mogę się także zgodzić z twierdzeniem autora, że środkami zaradczemi tak pewnie i tak łatwo przeszkodzić można powstaniu myopii u dzieci z usposobieniem dziedzicznem; doświadczenie moje pouczyło mnie przeciwnie, że trzeba być zadowolonym, jeżeli wszelkie, najstaranniejsze w téj mierze zabiegi przeszkodzą zbyt szybkiemu postępowi myopii i jéj rozwojowi do wyższego stopnia. Sprawozdawca Przegl. Lek.). Przyczynę wielkiéj częstości myopii u niemców upatruje J. w tém, że słaby wpływ dziedziczności potęgują oni zwyczajem kazania dzieciom wiele czytać poza godzinami szkolnemi, a czytanie całemi godzinami przy świetle złéj lampy głosek gotyckich, zużytych, odbitych na papierze szarym, na pół przeźroczystym tłumaczy aż nadto, że niemcy tak często podlegają téj wadzie wzroku. Zgubny wpływ czytania wieczornego na wzrok dzieci objawił się wyraźnie w Alzacyi, gdzie liczba krótkowidzów wzmogła się znacznie od czasu przyłączenia do Niemiec, skutkiem zaprowadzenia książek niemie-

ckich i zmuszania dzieci do wyrabiania wieczorem zadań domowych, co tylko wyjątkowo dzieje się w szkołach francuzkich. Niewątpliwy wpływ długiego czytania wieczornego w warunkach niekorzystnych na wydłużanie się gałki ocznéj nie jest jeszcze należycie wyjaśniony, a autor wyobraża go sobie w następujący sposób:

Widzenie dokładne przedmiotów blizkich wymaga jak wiadomo zastósowania się oka do ich odległości, a wysiłek akomodacyi musi być tém większy, im bliższym jest przedmiot. Gdy oczy zwrócą się potém na przedmioty dalekie, zwalnia się zazwyczaj mięsień rzęskowy, a wszelki ślad akomodacyi znika natychmiast. Ale wydarza się także, że po dłuższém czytaniu widzenie przedmiotów odległych staje się mniéj wyraźném, a przyczyną tego może być tylko albo kurcz mięśnia rzęskowego, albo przedłużenie się oka. Zdaniem J. wydarza się jedno i drugie. Nie wdając się w tłumaczenie mechanizmu takiego wydłużenia oka twierdzi on, że niektóre oczy zmuszone do przeciągłego natężania akomodacyi, stósują się istotnie w ten sposób do pobliża. Są to właśnie te, które ulegają myopii, a skutkiem każdorazowego przeciągłego natężenia akomodacyi wzmaga się stopień ich myopii. Ta skłonność do wydłużenia się jest nadzwyczaj różną w różnych oczach, a pod tym właśnie względem dziedziczność odgrywa wielką rolę. Oczy, wydłużające się za najmniejszym wysiłkiem akomodacyi, nie unikną myopii, a nierzadko spostrzegać można dzieci, których myopia dochodzi na pewno i szybko do tego stopnia, że mogą czytać nie akomodując wcale. U takich dzieci powstrzymał autor natychmiast dalsze postępy myopii, dając im do pracy szkła wypukłe, wbrew dotychczasowéj praktyce wzbraniającéj używania szkieł i zgubniejszéj jeszcze półwiedzy, zalecającéj szkła wklęsłe. (Autor przypuszcza więc, że w pewnych warunkach oko stósować się może do pobliża w ten sposób, jakim nauka dawniejsza tłumaczyła zdolność akomodacyjną w ogólności, t. j. przez wydłużanie się oka w kierunku osi widzenia. Tego twierdzenia tak przeciwnego obecnemu stanowisku nauki o akomodacyi nie stara się on jednak bynajmniéj udowodnić, każąc nam wierzyć w nie na słowo, a przecież zapuszczając roczyn atropinu łatwo mógł się był przekonać, czy niewyraźne widzenie przedmiotów dalekich po dłuższém czytaniu jest skutkiem kurczu akomodacyi, lub też, jak sądzi nagłego wydłużenia się oka. Być może, że to przypuszczenie okaże się prawdziwém; dopóki go jednak autor nie udowodni w ten lub inny sposób, uważać je musimy za osobiste jego zapatrywanie, a odmówić mu znaczenia prawdy naukowéj. Ref. Przegl.). Z tego wynika, że potrzeba koniecznie zmuszać dzieci do największego jak można oddalania się od książki i seksternu, a w tym celu i jedynie tylko w tym celu należy im dawać książki dobrze drukowane i zalewać je *(inonder)* światłem, bo najlepszym środkiem przeszkodzenia, żeby dziecko nie nachylało się nad książką, jest uczynić to zbytecznem; dziecko kładzie się na książce lub seksternie tylko wtenczas, gdy nie widzi wyraźnie trzymając się prosto. (Nie ulega wątpliwości, że to jest prawdą, ale potrzeba i o tém pamiętać, że dzieci mają często zwyczaj przybliżać się zbytecznie, choć ich ani wada wzroku, ani zbyteczna drobność przedmiotu, ani brak należytego oświetlenia do tego nie zmusza. Temu nałogowi należy zapobiegać odpowiedniemi środkami. Ref. Przegl. Lek.).

Słusznie nastaje daléj autor na potrzebę jak najmocniejszego oświetlenia sal szkolnych podnosząc, że przy mocném świetle, równającém się światłu kilku tysięcy świec, w odległości metra źrenica zwęża się mocno, a skutkiem tego zmniejszają się nadzwyczajnie okręgi rozpierzchłe, tworzące się na siatkówce oczu dotkniętych różnemi wadami refrakcyi. W takich warunkach nawet oko źle zbudowane służy należycie nie nużąc się bardzo, ale rzecz się zmienia z ubytkiem światła. Gdy obraz siatkówkowy nie jest należycie jasny, źrenica rozszerza się, a oko miarowe wynagrodziwszy sobie w ten sposób ubytek światła nie cierpi na tém, ale niemiarowe nie może już pracować należycie, nadmiarowe zmuszone jest do nadmiernego wysiłku akomodacyi, tém większego, im wyższy stopień nadmiarowości, lub do zawieszenia pracy; niezborne nuży się również, lub co gorsza staje się krótkowidzącém; u dotkniętych zaś krótkowidzeniem wzmaga się ta wada szybko. Dla dorosłych są skutki niedostatecznego oświetlenia daleko mniéj groźne, już to ponieważ mniejsza rozszerzalność źrenicy zmusza ich prędzéj do zaprzestania pracy przy złém świetle, już téż ponieważ częściéj używają odpowiednich szkieł, już téż wreszcie dla tego, że ich powłoki oczne mniéj są rozciągliwe. Jasną więc jest rzeczą, jak ważném jest staranie, żeby sale szkolne zalane istnie były światłem, nie idzie tutaj bowiem tylko o dostateczne oświetlenie w lecie, ale także podczas rannych godzin przed, i późniejszych popołudniu w zimie. W tym celu potrzeba, żeby najciemniejsze miejsce sali było należycie jasném, a to się stanie, gdy każde dziecko otrzyma dostateczną ilość światła wprost od firmamentu, wykluczyć jednak potrzeba bezpośrednie światło słońca. Najłatwiéj byłoby uczynić tym warunkom zadość umieszczając okna tylko w ścianie północnéj, a ławki ustawiając do niéj prostopadle, ale szerokość sali nie mogłaby w takim razie przenosić znacznie wysokości otworów okiennych, bo tylko wtenczas nawet najgorzéj umieszczone dzieci widziałyby jeszcze około $^1/_{20}$ całéj powierzchni firmamentu. Przy zwykłéj wysokości sal jest więc światło jednostronne dostateczném tylko w takim razie, jeżeli szerokość sali nie przenosi 4 metrów, w razie większéj szerokości należy jeszcze i ścianę przeciwległą, a w najgorszym razie ścianę po za uczniami zaopatrzyć w okna, nigdy zaś nie umieszczać ich z przodu. Autor twierdzi, że światło dwustronne nie jest wcale szkodliwém, ale żąda, żeby oś sali skierowaną była od północy ku południowi, a daléj, żeby zbyt żywy blask słońca porannego i południowego łagodziły zasłony przeźroczyste. Ze względu na stosunki miejscowe może oś sali zbaczać w jednym lub drugim kierunku o 40 stopni od kierunku północno-południowego, zboczenie jednak ku północnemu wschodowi zasługuje ze względów higijeny ogólnéj na pierwszeństwo przed zboczeniem ku północnemu zachodowi. Nauczyciel winien być zwrócony twarzą na południe, żeby uczniowie w dniach krótkich otrzymywali światło raczéj z tyłu niż z przodu. W celu zapewnienia wolnego przystępu światła do sal szkolnych żąda J., żeby odległość budynków sąsiednich, położonych po obu stronach równolegle do osi sali, przenosiła ich podwójną wysokość i uważa ten warunek za najważniejszy ze wszystkich. Zastanawiając się następnie nad światłem sztucznem upatruje autor główną jego różnicę od światła naturalnego w nadzwyczajnéj *(excessive)* jego słabości. Milijon świec oświetliłoby salę znacznie słabiéj od bezpośredniego światła słonecznego. Dążenie do coraz mocniejszego oświetlenia miast potwierdza to zapatrywanie, a nasi wnukowie słysząc, że w naszych czasach policyja nakazywała oświetlać latarnie u powozów, będą się tak samo dziwili, jak my myśląc o tém,

że przed stu laty ludzie chodzili z latarniami po ulicach Paryża. Jeżeli się nie objawia ten sam popęd do mocniejszego oświetlania naszych mieszkań, to przyczyną tego są wysokie ceny materyjałów świetlnych; podczas gdy kosztem względnie bardzo małym ogrzewamy nasze mieszkania tak, że usuwamy z nich zupełnie zimno; potrzebaby olbrzymich nakładów, aby je oświetlić jako tako odpowiednio, dla tego w celu skupienia światła umieszczamy na naszych lampach daszki i zbliżamy nadzwyczajnie światło, które oświetla nasz papier.

Oprócz natężenia różni się jeszcze każde światło sztuczne od naturalnego odmiennym składem swojego widma. Z wyjątkiem światła elektrycznego i magnezyjowego wszystkie widma bardzo są ciemne w stronie promieni najłamliwszych; promienie chemiczne, fijołkowe i niebieskie reprezentowane są w nich bardzo słabo. Gdyby więc promienie chemiczne były tak szkodliwe dla oka, jak to wielu autorów powtarzają jedni za drugimi, światło sztuczne musiałoby mniéj nużyć oczy od dziennego. Z tego wynika, że niższość hygijeniczna światła sztucznego nie polega na jego jakości; skargi, które ono wywołuje, może trzeba przypisać po części jego bardzo niejednostajnemu rozdzieleniu, ale główną niższość światła sztucznego stanowi jego nadzwyczajna niedostateczność, czego najlepszym dowodem, że ludzie widzący dobrze w dzień, pracować mogą wieczorem tylko przy pomocy szkieł, usuwających wadę ich refrakcyi. Cóż powiedzieć o skargach podnoszonych często przeciw światłu gazowemu? cóż odpowiedzieć ludziom, którzy sądzą, iż sobie przy niém oczy zerwali? Być może, iż małe, migocące płomienie motylkowe są przyczyną nużenia się oczu; ale ludzie, którzy czytają lub pracują przy dobrych i szerokich płomieniach walcowatych, otoczonych szklanemi cylindrami, a po pewnym przeciągu czasu nie widzą dość dobrze przy świetle świecy albo małéj lampki, powinniby pamiętać, że ta niedostateczność wzroku byłaby przyszła z wiekiem, chociażby nie byli używali gazu, tudzież, że przy pomocy lepszego oświetlenia wykonywali przez całe lata pracę, którejby byli musieli wyrzec się przy małém światełku lampy.

W rozdziale następnym autor zamierza mówić o zmianach, jakich wymagają książki szkolne. *(Annales d'Oculistique Sept.-Octbre*, 1879 str. 159 do 170). *Prof. Rydel.*

P. Guttmann i Wenzel: **Wziewania będźwinianu sodowego w suchotach płucnych.**

Odkąd asystent kliniki prof. Rokitanskiego, Dr. Kroczak, we wrześniu r. b. ogłosił w t. zw. „tymczasowém doniesieniu" trzy przypadki daleko posuniętych suchot płucnych „wyleczonych" za pomocą wziewań będźwinianu sodowego, oraz odwołał się do kilkunastu innych jeszcze przypadków w wspomnionéj klinice tym sposobem wyleczonych, posypały się niebawem ze wszech stron w prasie niemieckiéj artykuły, jużto upominające się o prawo pierwszeństwa w stósowaniu powyższego sposobu leczenia suchot płucnych (Schüler w Gryfii), już znów nie bez przekąsu podające w wątpliwość powyższe doniesienie Kroczaka (Schnitzler i i.), tak, że sam Rokitansky widział się zniewolonym wystąpić w obronie własnéj i swéj kliniki sławy, przy czém pierwotne podania swego asystenta nieco zmodyfikował i doniosłość ich do skromniejszych zredukował rozmiarów. Sprawa ta bądź co bądź miała tę dobrą stronę, że poruszyła dyskusyję w sprawie niezmiernie ważnéj, wywołała jednakże rozgłosem swym o tyle nieprzyjemne następstwa, że niepotrzebnie zaalarmowała niefachową publiczność, a tu i owdzie dała już pochop do eksploatowania jéj łatwowierności. Temu też przypisać należy, że niemal wszyscy autorzy, roztrząsający kwestyję w mowie będącą, nie mogą się wstrzymać od uszczypliwych przycinków przeciw pierwszym inicyjatorom, co zresztą w obec dziwnéj lekkości, że nie powiemy dyletantyzmu, z jaką pierwsza wiadomość o świetnych rezultatach sformułowaną została, nikogo dziwić nie może.

Nie należy się wprawdzie Rokitanskiemu pierwszeństwo pomysłu, bo autorem takowego teoretycznie jest Klebs (1877), w zastósowaniu do źwierząt zaś Schüller; ale należy mu się pierwszeństwo co do otrzymanych rezultatów leczniczych na ludziach dotkniętych suchotami płucnemi. Jest on pierwszym, oby tylko nie pozostał jedynym, któremu będźwinian sodowy tak znakomite oddaje usługi! A obawa ostatnia staje się bardzo uprawnioną w obec rezultatów, jakie inni lekarze w tym kierunku otrzymali. Tak A. Sokołowski (Przegl. Lek. b. r. Nr. 47) na podstawie własnego doświadczenia powiada, „że użycie wewnętrzne jakoteż inhalacyje będźwinianu sodowego podług dotychczasowych spostrzeżeń przy leczeniu suchot płucnych nie tylko nie wpływają korzystnie na przebieg cierpienia, lecz przeciwnie w niektórych razach wywołują wcale niepożądane działanie poboczne". Teraz znów Guttmann i Wenzel w Berlinie ogłaszają równocześnie w ostatnim numerze (49) *Berlin. klin. Wochenschrift* doświadczenia z inhalacyjami będźwinianu sodowego w suchotach płucnych, w których do tych samych co i Sokołowski dochodzą wniosków. Guttmann zdaje sprawę z 31 przypadków suchot pł., leczonych wziewaniami 5% roczczynu będźwinianu sodowego i to do 50 gramów tegoż leku na dobę. U 15 chorych stósowano ten sposób leczenia przez 3 tygodnie (w takim samym czasie Rokitansky otrzymywał cudowne swe rezultaty), u jednego chorego przez 22 dni, (zużył 710 gramów *natri benz.*), u 6 przez 14—19 dni (między temi jeden zużył 650 grm. leku *in substantia*), u pozostałych 9 chorych przez 3—12 dni. Ponieważ między ostatnimi 4 nie znosiło inhalacyj, podawał G. wewnętrznie 10% roczczyn tegoż leku co 2 godz. po łyżce. Ani w jednym przypadku nie zauważył obniżenia stanu gorączkowego, u żadnego chorego nie spostrzegł powiększenia ciężaru ciała, ani też jakiéjkolwiek zmiany na lepsze w objawach wypukowych lub przysłuchowych. Wpływu na uśmierzenie potów nie zauważył również wcale, a postrzegane niekiedy po każdéj inhalacyi złagodzenia kaszlu uważa jako następstwo obfitszego odkrztuszania podczas samego wziewania, co znów powstawać ma skutkiem głębszych i więcéj nasilonych ruchów oddechowych, tudzież skutkiem lekkiego podrażnienia błony śluzowéj tchawicy przez ulatniający się w części wolny kwas będźwinowy. Z objawów ujemnych przytacza częste nudności i wymioty, odnosząc takowe do przekrwienia żołądkowego, wywołanego połykanym lekiem, oraz w 2 przyp. krwioplucie.

Wenzel do takichże doszedł rezultatów, i to na podstawie postrzeżeń dokonanych na 23 suchotnikach, znajdujących się w rozmaitych okresach choroby na oddziale prof Waldenburga. Ani w cięższych ani w lżejszych przypadkach nie zauważono żadnego bezpośredniego wpływu na sprawę suchotniczą, niepostrzeżono nawet żadnéj ulgi w przypadach podmiotowych; o jakiéjkolwiek zmianie przedmiotowéj na lepsze, a têm mniéj o powstrzymaniu sprawy choro-

bowéj niema i mowy. W jednym przypadku, powikłanym ze zmianami gruźliczemi krtani, nie postrzeżono również żadnego dodatniego wpływu na sprawę chorobową krtani. W. przyznaje tylko, że wziewania takie rozrzedzają wydzielinę w oskrzelach, i pobudzają do łatwiejszego jéj wykrztuszania, co jednak przypisuje wpływowi pary wodnéj. Z ubocznych przypadów zauważał: raz ból głowy, w 2 przyp. nudności i silne wymioty, w innych z przyczyny silnego kaszlu i krztuszenia się musiano zaniechać zupełnie inhalacyj będźwinianu sodowego. *Dr. Smoleński.*

W. S. Greenfield: **O używaniu zwykłej strzykawki Pravaza w celach rozpoznawczych.**

Od dawna posługiwano się w chirurgii różnemi przyrządami ku ocenianiu jakości płynnych wypocin i wysięków, lub wyróżnianiu takowych od obrzęków i guzów stałych; do najnowszych czasów jednak tylko w wyjątkowych przypadkach uciekano się do tego sposobu badania w celu rozpoznawania zmian miejscowych w narządach wewnętrznych.

Autor używał tego sposobu przez kilka lat ostatnich w chorobach płuc, np. w celu odróżnienia w wątpliwych przypadkach zgęszczenia miąższu płucnego od wypociny opłucnowéj otorbionéj, ropni i jam płucnych od takiejże wypociny, w celu oznaczenia jakości wypociny opłucnowéj, a nawet w celu rozpoznawania rozmiarów i ukształtowania wysięków opłucnowych. Używał w tym celu strzykawek opatrzonych igłami stalowemi bardzo cienkiemi, zupełnie podobnych do tych, które pospolicie służą do wstrzykiwań podskórnych. Sposób ten poleca w codziennéj praktyce lekarskiéj, jako w wielu przypadkach nader cenny i prawie nieomylny, a nie połączony z żadném niebezpieczeństwem. W żadnym z nader licznych przez siebie w ciągu ostatnich lat tym sposobem badanych przypadków, (u wielu chorych uskuteczniał kilka i kilkanaście ukłuć) nie zauważył żadnych złych następstw. (*The Lancet* Nr. 18, II 1879). *P.*

A. Pick (w Pradze czeskiéj): **Przyczynek do kazuistyki obłąkania urazowego.**

P. podaje 3 przypadki, w których skutkiem obrażenia głowy (w 2 przyp. skutkiem spadnięcia z wysokości, w 1 przyp. zaś skutkiem spadnięcia na głowę bryły bardzo ciężkiéj) nastąpiło obłąkanie. W jednym przypadku wystąpiły objawy sklerozy połączonéj z niedołęztwem mniejszego stopnia, w 2gim przyp. objawy wstrzymanego rozwoju mózgowego i obłąkania moralnego, w 3cim objawy epileptoidyczne z peryjodyczném pomięszaniem. W 1szym przyp. cierpienie rozpoczęło się od mowy skandującéj, do któréj przyłączyło się drzenie palców i porażenie połowicze niezupełne po stronie lewéj; w 2gim i 3cim przyp. wystąpiły: zawrót, ból głowy i bolesność w otoczeniu blizn. P. przypuszcza, że w 1szym przyp., w którym nie znaleziono śladu zewnętrznego po obrażeniu, rozchodziło się o uraz ograniczony (wynaczynionkę lub przedarcie istoty mózgowéj) przez odbicie się *(contrecoup)*, a w następstwie dopiero o sklerozę lub zanik półkuli (*Choc céphalo-rhachidien* Dureta); w przypadku zaś 2gim i 3cim kość czaszkowa odpowiednio bliznom była zaklęknięta i nieco chropawą, dlatego P. przypuszcza w tych przypadkach współcierpienie opony twardéj.

Najważniejszym wynikiem tych 3 obserwacyj jest fakt, że w 3ch przypadkach obłąkania urazowego objawy były odmienne, że więc twierdzenie Skaego (poparte późniéj przez Schlagera i Krafft-Ebinga. *Przyp. Sprawozd.*), jakoby obłąkanie urazowe przedstawiało zawsze postać jednolitą i wybitnie kliniczną, jest mylném. Wspólną cechą wszystkich 3ch przypadków była dość dokładna znajomość ze strony chorych stanu swego chorobowego, objaw, który dotąd tylko w przypadkach niedołęztwa ostro rozwijającego się po znaczném uszkodzeniu mózgu i po zaczadzeniu bardzo często spostrzegano. P. tłumaczy zjawisko to w ten sposób, że w przypadkach niedołęztwa ostro rozwijającego się, zwłaszcza po urazach, zazwyczaj część przyrządu nerwowego, będącego podstawą czynności umysłowych, pozostaje nienaruszoną i zdolną do poczuwania ubytku, podczas gdy w innych przypadkach niedołęztwa nabytego cały przyrząd mózgowy jednostajnéj ulega zmianie. Dlatego P. nazywa ostre niedołęztwo urazowe „częściowém“ a tłumaczenie powyższego objawu znajduje w powszechnie prawie przyjętym obecnie dualizmie półkul mózgowych. (*Centralblatt f. Nervenheilk 1879* Nr. 23). *L. B.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Wydział Lekarski Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 6go listopada 1879.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Jerzykowski mówił „o wadach sercowych w powikłaniu z ciążą, porodem i połogiem.“ Prelegent wspomniawszy pokrótce o najnowszych na tém polu pracach Spiegelberga, Martiniego, Berthiota, Macdonalda i innych, przytacza 6 przypadków tego cierpienia, które w prywatnéj spostrzegał praktyce; z tych sześciu przypadków pięć zakończyło się poronieniem, względnie porodem przedwczesnym; z matek zaś zmarły dwie skutkiem ostrego obrzęku płuc, a dwie skutkiem znacznego zapalenia macicy, w następstwie czego przyszło do posocznego zapalenia śródsierdzia (*endocarditis septica*). Głównie przeważało zajęcie zastawki dwukończystéj, bo aż pięć razy, a z tych trzy w połączeniu z cieśnią tejże zastawki. Co do rokowania przy poszczególnych wadach sercowych, to wady aorty dozwalają lepiéj rokować, aniżeli wady zastawki dwukończystéj; z ostatnich zaś lepszém bywa rokowanie przy cieśniach, aniżeli w niedomykalnościach. To téż nie ulega wątpliwości, że przewlekłe cierpienie serca jest ważném przeciwwskazaniem do zawierania ślubów małżeńskich, ponieważ wady te podczas ciąży pogarszają się zawsze i sprowadzają szereg bardzo znacznych niebezpieczeństw, jak objawy nawałów krwi, obrzęki i następstwa zastoju krwi, krwotoki i nagłą śmierć skutkiem przekrwienia płuc oraz dalszy rozwój zapalenia śródsierdzia.

W dyskusyi nad tym przedmiotem biorą udział Drowie Kaczorowski, Osowicki i Zielewicz, przytaczając odnośne swe w tym względzie doświadczenia.

3) Dr. Osowicki wspomniał pokrótce, że u osoby, u któréj przed $1\frac{1}{2}$ rokiem wyciął był narośl jajnikową, w miejscu, gdzie trzon był przyczepiony, utworzyła się mała przepuklina, tak iż można namacać jelito. Otóż w miejscu tém podczas każdéj miesiączki pokazuje się regularnie kilka kropel ciemnéj krwi, przyczém operowana czuje się zupełnie zdrową i na żadne nie skarży się boleści.

4) Następnie Dr. Kaczorowski mówił o leczeniu zaczadzonych i dwa tego rodzaju przytoczył przypadki chorobowe, dotyczące małżonków około 50 lat liczących. Kobieta miała tężcowe kurcze w szczękach i odnogach, oddech bardzo trudny, tętno do 150 uderzeń na minutę, tak że zdawało się, iż lada chwila śmierć nastąpi. Po ułożeniu choréj w chłodnym pokoju i zastrzyknięciu strychninu, tętno wzmogło się nieco, lecz usta pozostały zaciśnięte i dlatego zastrzykiwano co trzy godziny po 2 miligramy morfinu. Już drugiego dnia temperatura podniosła się

nadzwyczaj, w płucach było można w kilku miejscach usłyszeć odosobnione trzeszczenie, później ogólne charczenie i chora zmarła skutkiem zrazikowego zapalenia płuc, co późniejsze oględziny pośmiertne stwierdziły. Mężczyzna odzyskał już drugiego dnia przytomność, a mimo to tak u niego, jak u jego małżonki wytworzyły się w tym krótkim czasie głębokie, aż do kości krzyżowéj sięgające odleżyny. Dawniéj już spostrzegał K. u młodéj panny bezpośrednio po zaczadzeniu błonicę na języku, na którym się znajdowały lekkie obrażenia wywołane usiłowaniami otwarcia ust; błonica ta znienacka przeszła była na gardło, bez wywołania wyraźniejszych objawów prócz śpiączki i wielkiego upadku sił. Nadzwyczaj szybki rozwój podobnych spraw destrukcyjnych, jak odleżyn, owrzodzeń błonicowych, ropni płucnych, wikłających otrucie tlenkiem węglowym, zdaje się świadczyć o zachodzącém tu porażeniu ośrodków nerwowych także odżywczych (*centra trophica*), wybitniejszém nawet aniżeli w ciężkich udarach mózgowych, gdzie odleżyny tak rychło nie występują. Okoliczność ta nasuwa niektóre wskazówki terapeutyczne; zalecałoby się np. celem zapobiegania odleżynom ułożyć chorego krzyżami na elastycznéj poduszce, usta ile możności oczyszczać odwietrzającemi lekami, albo zasłonić respiratorem, gdyż zdaje się że nie tylko błonica, ale i zapalenie płuc powstaje przez aspiracyję ustrojów chorobotwórczych, przy wytężonéj do najwyższego stopnia pracy mięśni wdechowych. Przeciwko upadkowi serca podskórne zastrzykiwania strychninu, przeciwko kurczom tężcowym maleńkie ilości morfinu zdają się niekiedy pomyślnie oddziaływać; najważniejszém jednakże pozostanie dostarczanie świeżego powietrza.

W rozprawie nad tym przedmiotem utrzymuje Dr. Osowicki, że tak owe odleżyny jak zapalenie płuc były jedynie następstwem zmiany krwi, jakie wywołuje tlenek węglowy, czemu przeczy Dr. Kaczorowski twierdząc, że krew u zaczadzonych jest czerwoną, a więc nie taką jak przy zastojach, i że gdyby rozkład krwi miał wywołać odleżyny, toby téż i w innych organach dały się wykazać przemiany. Co do owéj błonicy w ustach, to zdaniem Dra Zielewicza nikt jeszcze nie dowiódł, ażeby błony śluzowe miały większą lub mniejszą skłonność do przyjmowania pasorzytów i twierdzi, że jeśli teoryja inwazyjna jest uzasadnioną, każda nienaruszona tkanka jest zdolną do przyjęcia najezdników i nie potrzeba żadnéj w téjże patologicznéj zmiany.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. Jerzykowski, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne XIX. z dnia 10go grudnia 1879 roku

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków czynnych 34 i 1 korespondent.

1) Przewodniczący zagajając posiedzenie wzywa członków do dyskusyi ogólnéj nad wnioskami komisyi, zamieszczonemi w protokóle posiedzenia T. l. k. z dnia 3 grudnia b. r., zwracając uwagę, że podług regulaminu w jednéj kwestyi nikt więcéj nad dwa razy głosu zabierać nie może.

2) Sekretarz doroczny odczytuje list nadesłany na ręce prezesa T. l. przez członka korespondenta Dra Zawadzińskiego z Nowego Targu, który myśl połączenia obu Towarzystw ku wspólnym celom uważa za nader szczęśliwą i dla obydwóch stron korzystną.

3) Kol. Blumenstok okazuje listy takiejże saméj treści otrzymane od członków korespondentów Drów Krówczyńskiego, Sérkowskiego, Witkowskiego i Wursta.

4) Kol. Domański oświadcza, że jest upoważniony przez Dra Macudzińskiego z Jasła, Czł. k. t. l. kr. do objawienia wprost przeciwnego przekonania.

5) Następuje dyskusyja ogólna nad wnioskiem Komisyi połączenia się z towarzystwem lekarzy galicyjskich, w któréj za wnioskiem Komisyi przemawiali Koll.: Grabowski, Obaliński, Pieniążek, Kohn i Bogdanik, przeciw wnioskom Koll.: Domański, Paszkowski, Jordan, Oettinger i Wilkosz. Z tych Dr Jordan postawił osobny wniosek, przyjmujący znaczną część z wniosku Komisyi, który jednak dopiero po odbytém głosowaniu nad wnioskiem Komisyi może przyjść pod obradę.

W kwestyi formalnéj zabierali głos Koll.: Mars, Blumenstok, Zarewicz, Oettinger, Warschauer, Grabowski i Rydel.

Z powodu spóźnionéj pory o godz. 8 na wniosek kol. Rydla posiedzenie zamknięto; pozostali zapisanymi do głosu na następném posiedzeniu, które się odbędzie d. 13 grudnia: za wnioskiem Komisyi Koll.: Kwaśnicki, Obaliński, Pieniążek i sprawozdawca Kom. Dr. Grabowski, przeciw wnioskowi Koll.: Oettinger, Warschauer, Paszkowski i Zarewicz.

Posiedzenie XX nadzwyczajne z d. 13 grudnia 1879 r.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków czynnych 45.

1) Przewodniczący przedstawia list członka koresp. Dra Raspa z Brzeżan, przemawiający za połączeniem obu Towarzystw, takiejże saméj treści list otrzymał kol. Blumenstok od Dra Obtułowicza z Turki.

2) Z zapisanych do głosu, w obszerném przemówieniu kol. Oettinger przedstawił niekorzyści wynikające dla Tow. lek. krak. w razie przyjęcia wniosku Komisyi, kol. Kwaśnicki przeciwnie przemawiał za tymże. — Gdy inni koledzy zapisani do głosu za wspólném porozumieniem zrzekli się takowego, sprawozdawca Komisyi Dr. Grabowski zbijał jeden po drugim wszelkie zarzuty robione wnioskowi Komisyi przez jego przeciwników.

3) Gdy dyskusyja ogólna w ten sposób została zakończoną, Przewodniczący poddał pod głosowanie pytanie „czy towarzystwo ma przystąpić do dyskusyi szczegółowéj nad pojedynczemi ustępami wniosku Komisyi.“ Przy głosowaniu imienném na 44 głosujących (1 członek wyszedł), 15 głosowało za, 29 przeciw dalszéj dyskusyi; w ten sposób wniosek Komisyi upadł.

4) Ponieważ większość Kolegów, przeciwników wniosku Komisyi, w zasadzie jest za połączeniem się z Tow. lekarzy galicyjskich, ale tylko pod względem kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy, wdów i sierót po lekarzach pozostałych, oraz pod względem wspólnego organu obu Towarzystw, z zachowaniem samoistności i tytułu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, przeto wybrano nową Komisyję złożoną z Koll. Domańskiego, Grabowskiego, Jordana, Kwaśnickiego, Oettingera, Rybczyńskiego i Zarewicza; ostatni jako wiceprezes Tow. lek. obejmie przewodnictwo. Komisyja ta ma się zastanowić nad wnioskiem Kol. Jordana przedstawionym na posiedzeniu d. 10 grudnia, lecz nie krępując się takowym obmyśli środki wspólnego działania z Tow. lekarzy galicyjskich w kierunkach wyżéj namienionych, oraz przedstawi takowe towarzystwu lekarskiemu na najbliższém posiedzeniu zwyczajném, mającém się odbyć we środę d. 17 grudnia r. b. Na tém posiedzenie zakończone po godzinie 8méj.

V. Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**,
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50.)

Szpital medyjolański, może największy z tego rodzaju zakładów, bogaty we własne fundusze, żadnego jednak nie przedstawia interesu naukowego, gdyż nie jest ani szpitalem klinicznym ani też nie posiada dostatecznéj liczby lekarzy, którzyby mogli olbrzymi jego materyjał naukowo opracować. Przeszło 4000 chorych w przecięciu, oddział chorób wewnętrznych miewa ich po paręset, a tylko jednego lekarza ordynującego i jednego pomocniczego. Lekarz ordynujący Dr. Lewis może tylko co dwa dni odwiedzić i zbadać chorych swojego oddziału. Sale w postaci kurytarzy na krzyż bieżących przeludnione, powietrze duszne i nieczyste, pościel i urządzenie nie odpowiada bogactwu szpitala. Budynek cały na dziewięć dziedzińców rozłożony, w stylu romańskim z cegły czerwonéj nietynkowanéj, przedstawia się dla oka este-

tycznie, w swoim rozkładzie jednak nie ma warunków higijenicznych, bo mu zbywa na dobréj wentylacyi ściennéj i okiennéj. Budynek składa się właściwie z dwóch czworoboków połączonych wspólnym dziedzińcem głównym, ozdobionym kolumnadą i łukami krytéj galeryi; każdy czworobok atoli jest podzielony przez środkowy budynek krzyżowy na cztery zamknięte podwórza, co oczywiście nie sprzyja dobréj wentylacyi.

Wycieczka z Paryża do stacyj klimatycznych południowych nie budzi po drodze do Lyonu żadnego prawie interesu; z Lyonu zaś do Marsylii nie budzi znowu interesu lekarskiego. Dopiero w saméj Marsylii spotykamy się z klimatem południowym, chociaż wjeżdżając do Prowancyi witały nas zewsząd drzewa oliwne, które nieznoszą spadku ciepłoty niżéj 9° C. Na brzegu morza w kierunku wschodnio-południowym od miasta spotykamy niejako pierwszy okaz tego, co następnie w licznych egzemplarzach będziemy oglądać na wybrzeżu tak nazwanéj „*Riviera di ponente*," to jest zachodnich wybrzeży zatoki Genueńskiéj morza śródziemnego. Już przy pięknéj alei zwanéj Prado leżą po obu stronach ogrody z willami, gdzie widzimy roślinność bujną południową, pomiędzy nią wyniosłe palmy, aloesy, kaktusy itp. Jadąc tą aleją ku morzu przybywamy do pięknego parku (*P. du Château Borelli*), w którym pierwsze oglądamy pinie; ztąd brzegiem morza, drogą wykutą po części w skałach, które się tu piętrzą tarasami, dojeżdżamy do stacyi kąpielowéj zwanéj Roncas blanc. Na lewo w morzu urządzone są łazienki do kąpieli morskich ochronione przed wichrami i falami morza, opatrzone we wszystkie środki ostrożności i dogodności, osobne dla pań i mężczyzn. W sąsiedztwie stoi zakład kąpielowy przez cały rok otwarty, w którym się kąpiele z wody morskiéj i słodkiéj, tudzież kąpiele z tutejszego źródła mineralnego przyrządzają. Źródło tryska ze skały, dając na minutę 300 litrów wody, któréj stała ciepłota 22° C., ; w składzie swym chemicznym zawiera znaczne ilości chlorków i siarkanów (sody, potasu, magnezyi), dwuwęglan sodowy, nieco żelaza i bromu. Używana do picia działa przeczyszczająco, głównie zaś do kąpieli jéj używają. Zakład urządzony wygodnie i pięknie, posiada restauracyję, nadto różnego rodzaju kąpiele natryskowe, spadowe, pociskowe, skrzynie do kąpieli parowych, inhalatory itd.

Na całém wybrzeżu skalistém, pomiędzy szczelinami skał, spotykamy piękne wille otoczone palmami, kaktusami, drzewami pomarańcz i cytryn; co świadczy, że jesteśmy w klimacie południowym. Średnia ciepłota Marsylii w zimie wynosi 7° C., w lecie 21° C, wiosenna i jesienna między 12 i 14° C. Stan średni barometru 751,62 mm.; opadów deszczowych 500 mm. Gdyby nie wiatry zimne, które tu z wiosną dosyć groźnie występują, Marsylia miałaby warunki stacyi klimatycznéj. Stary szpital ś. Ducha i Charité w dzielnicy leżącéj po prawéj stronie starego portu, tudzież nowy szpital przy Boulevard Baille i szpital obłąkanych w téj samej stronie za rzeczką Jaretą leżący, nie przedstawiają interesu naukowego. Marsylia miała jeszcze przed czasami rzymskiemi szkołę lekarską, dziś ma tylko szkołę lek. przygotowawczą. Po drodze z Marsylii aż do Cannes, leży tylko jedna stacyja klimatyczna Hyères, najbardziéj wysunięta na południe (43°,7′ szerokości północnéj, 23°,48′ długości wschodniéj). Leży ona na boku od głównéj drogi żelaznéj, mniéj na siebie ściąga uwagę lekarzy i pacyjentów. Sigmund (*Südliche klimatische Kurorte*) uważa ją jako stacyję przechodową z południowéj Prowancyi do Riviery; téj stacyi nie zwiedzałem. Właściwe stacyje klimatyczne Riviery poczynają się od Cannes i kończą na przechodowych stacyjach w pobliżu Genui. Wiadomo, że dopiero w tym wieku anglicy pierwsi poczęli wysyłać swoich bogatych suchotników na Maderę na pobyt zimowy; postrzegli jednak wkrótce, że ta jednostajnie ciepła, cicha i wilgotna wyspa jednym służy, drugim szkodzi, bo jéj klimat zanadto mało pobudza system nerwowy i naczyniowy, owszem zwątla go i podaje w bezczynność. Dlatego więc szukając klimatu ciepłego lecz krzepiącego, zwrócili swoją uwagę na Rivierę; tu poczęli zjeżdżać się na zimę i zamieszkiwać nietylko starodawne miasto Niceę, lecz i małe wioski rybackie, jak np. Cannes; anglikom tedy zawdzięczają te miejsca klimatyczne swój rozgłos. Gdy jednak przed dwudziestu laty Jourdanet z Mexyku, a Smith z Andów donieśli, że na wysokościach alpejskich centralnéj Ameryki nie ma suchót, i że suchotnicy tam przybywający odzyskują zdrowie, wzięto się do urządzania stacyj alpejskich w Szwajcaryi i sanatoryjów górskich w różnych górach Europy środkowéj. Z górskim klimatem połączono inne środki leczenia pomocnicze: hidroterapiję, gimnastykę płuc pneumatyczną i ruchową, różne „kuracyje": mleczną, żętyczną, kumysową, alkoholową, winogronową, poziomkową i t. d. Przez to rozszerzył się zakres klimatoterapii naszéj; licznych chorych a pomiędzy tymi „suchotników" poczęto wysyłać nie tylko na lato do stacyj górskich i alpejskich, ale nawet i na zimę. Niektórzy nawet posunęli się tak daleko, że stacyje klimatyczne południowe uznali za niepotrzebne, skoro w porze zimowéj mogą suchotnicy mieć się dobrze w Davos lub Gerbersdorfie. (Porównaj: „*Climatische Kurorte*" Biermanna). Są to wszelako ostateczności, które niezawodnie z czasem powrócą do miary właściwéj; klimat Riviery pozostanie zawsze cennem schronieniem dla takich chorych, którym ostrość gór w porze zimowéj, i ostrość naszéj zimy niemoże przynieść nic dobrego dla zdrowia.

Na wysokościach alpejskich chwalimy sobie czystość powietrza wolnego od pyłu i zarodków organicznych; na wybrzeżach morskich przywiązujemy wagę do fal powietrza, ożywiających system nerwowy w sposób właściwy (Porównaj: *Wirkungen der Seeluft und des Seebades*," Benekego; Schreibera „*Ueber das Wesen klimatischer Kuren bei Lungenkrankheiten.*"). O ile zaś działa ucisk powietrza stale pomniejszony lub powiększony na prężność tlenu w płucach i we krwi, na oddychanie płucne i tkaninowe w ogóle, wyjaśnia najnowsza praca P. Berta: „*La pression barométrique. Recherches de physiologie experimentale.*" *Paris 1878.*)

O stacyjach klimatycznych Riviery mamy liczne i bardzo poszczególne monografije we wszystkich niemal językach europejskich. Naszą literaturę wzbogacił Dr. Dobieszewski skrzętnie zebranym i pilnie opracowanym „Przewodnikiem do klimatycznego leczenia"; w niemieckiéj prof. Sigmunda: „*Südliche klimatische Curorte,*" wydanie trzecie, zasługuje na uwagę kolegów.

Z braku czasu nie mogę wejść w szczegóły klimatologii poszczególnych stacyj Riviery, i tylko podzielę się z czytelnikiem wrażeniami, ile że prawdopodobnie będę mieć sposobność jeszcze raz o tym przedmiocie podać fejleton do Przeglądu.

Nie mówię o tém, ile uroku ma w sobie sama podróż brzegami Riviery, bo wszelki opis chociażby najlepszy nie sprawi tego wrażenia, co sama rzeczywistość. Krótko powiem: stacyje klimatyczne na zachodnim wybrzeżu zatoki Genueń-

skiéj przedstawiają mi się jak cieplarnie pod gołem niebem przez naturę utworzone, które dają przytułek dosyć bezpieczny od zimna i wiatrów północnych nie tylko roślinom południowym, lecz i chorym drażliwym na te czynniki, zwłaszcza cierpiącym choroby płuc i oskrzeli suchotnicze. Lecz jak cieplarnie w hodowaniu roślin przyzwrotnikowych i zwrotnikowych potrzebują ręki umiejętnéj, któraby dobierała dla każdéj rośliny stanowiska do słońca, miarkowała ciepło i wilgoć dla niéj potrzebną, i przyrządziła jéj odpowiednią pruchnicę: tak też rzecz się ma ze stacyjami klimatycznemi Riviery. Chorzy, którzy chcą używać takowych na zimę, nie mogą czynić tego bez lekarza, ani téż mieszkać na stacyi bez opieki i porady lekarza z klimatem miejscowym dobrze obznajomionego. Potrzeba nam bowiem pamiętać, że Riviera zawdzięcza swój klimat wyjątkowy alpom, które ją zasłaniają od wiatrów północnych, swojemu położeniu do słońca południowego, i morzu, które ją oblewa.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Ilość aptek w różnych krajach Europy i w Ameryce północnéj w stosunku do liczby mieszkańców

Państwo	Liczba mieszkańców	Ilość aptek	Na 1 aptekę przypada mieszkańców
Prusy	25,693,588	2,744	9,364
Bawaryja	4,852,026	530	8,240
Saksonija	2,556,244	226	11,3[illegible]7
Würtembergija	1,870,000	256	7,300
Badeńskie	1,482,000	190	7,800
Heskie	852,890	107	7,971
Meklemburg-Schwerin	557,707	64	8,715
Meklemburg-Strelitz	96,982	14	6,927
Oldenburg	314.778	46	6,843
Hamburg	350,000	53	6,604
Brema	122,565	13	9,428
Rossyja	71,730,980	1.549	46,308
Danija	1,861,000	124	15,000
Norwegija	1,750,000	70	25,000
Szwecyja	4 297,747	224	19,186
Szwajcaryja	2,697,900	345	7,820
Alzacyja Lotaryng	1,520.910	207	7,455
Francyja	36,270,941	5,739	6,319
Anglija	26,000,000	11,017	2,360
Holandyja	3,700,000	805	4,590
Ameryka północna	41,000,000	14,800	2,770
Austro-Węgry	35,812,307	1,978	18,105
W krajach austro-węgierskich w szczególności:			
Austryja dolna	1,990,708	174	11,441
Austryja górna	736,557	56	13,151
Salcburgskie	153,159	12	12,763
Styryja	1,137,990	58	19,620
Karyntyja	337,694	18	18,760
Kraina	466,334	19	24,544
Istryja i Tryjest	600,525	67	8,963
Tyrol	885,789	93	9,5[illegible]4
Czechy	5,140.544	310	16,582
Morawija	2,017,274	107	18,853
Szląsk	513,352	32	16,042
Galicyja	5,444,689	212	25,682
Bukowina	513,404	18	28,522
Dalmacyja	456,961	32	14,280
Węgry i Siedmiogród	13,579,129	680	19,979
Kroacyja i Slawonija	1,838,198	90	20,424

(*Według Real-Encyclop. d. ges. Heilk.* Zeszyt 6 i 7, art. *Apothekerwesen*).

* Samobójstwa w Prusiech. Od r. 1871 do 1877 liczba samobójstw powiększyła się w Prusiech o 59% (u mężczyzn 63%, u kobiet 42·8%). Przyczyną samobójstwa najczęstszą było obłąkanie, ale w r. 1877 u 665 ludzi troski były przyczyną samobójstwa (w r. 1873 tytko u 237). (*Centralbl. f. Nervenheilk.* 1879, Nr. 17).

* Ludność Londynu w roku bieżącym wynosi 3,620.868 dusz, czyli o 43.564 więcéj, aniżeli w roku przeszłym. Razem z przedmieściami Londyn właściwie liczy 4,530,000 mieszkańców. Śmiertelność w styczniu rb. wynosiła 27·4 na 1000. (*Annales d'hygiène publ. Dcbr. 1879*).

* Według prof. Chaillé z Luizyjany w Zjednoczonych Stanach Ameryki półn. rok rocznie odbywa się 45,000 oględzin sądowolekarskich, a mimo to umiejętna medycyna sądowa nie istnieje prawie. Pochodzi to ztąd, że w Ameryce do wykonywania tych czynności powołany jest t. zw. Coroner, nie będący ani lekarzem ani prawnikiem; nadto tak oskażycielowi, jako obrońcy służy prawo wzywania znawców lekarskich jakich im się tylko podoba; otóż wzywają oni ludzi oddających się praktyce lekarskiéj bez względu na to, czy są rzeczywiście lekarzami lub nie. W szkołach lekarskich, których jest 64, albo wcale nie wykładają medycyny sądowéj, albo tylko pobieżnie obok innéj gałęzi; w 5 szkołach katedry medycyny sądowéj zajmują nawet prawnicy. (*Annales d'hygiène publ. 1879, Dcbr.*)

Kraków. Komisyja sanitarna odbyła do 15 bm. pod przewodnictwem Dra Warschauera posiedzenie, na którém: 1) uczczono pamięć zmarłego fizyka miasta Dra Mohra przez powstanie; 2) Dr Buszek wykazał, że ogólna śmiertelność w miesiącu listopadzie wzniosła się do 40·8 na rok i 1000, z chorób zakaźnych do 21·3. Z ospy umarło osób 29, podczas gdy w październiku padło ofiarą tejże choroby osób 15. Namienił, że przypadki ospy wydarzają się tylko w obwodzie I i II, natomiast w ostatnich tygodniach donoszą o częstszych przypadkach duru brzusznego w obw. III. Pomiędzy chorobami zakaźnemi zaczyna się pojawiać krztusiec. 2) W obec poruszonéj przez Dra Buszka kwestyi, czy należy szczepić w pomieszkaniach, gdzie wybuchła ospa, oświadczono się, aby ocenienie, jak można postąpić w takowych przypadkach pozostawiono rozwadze i taktowi lekarza. 3) Dr Lutostański odczytał w imieniu podkomisyi ad hoc delegowanéj gruntowne sprawozdanie w sprawie wilgotności budynku seminaryjum żeńskiego. Ze ścislysh badań higrometrycznych okazało się, że bndynek wzmiankowany w ogóle jest suchy i nie przedstawia warunków dla zdrowia uczennic szkodliwych; 4) Dr Blumenstok okazał, jak szkodliwém musi być dla zdrowia urządzenie przedewszystkiém korytarzy w szkole św. Scholastyki, na których mieszczą się wieszadła na ubrania, i wnosił, aby wydelegowano podkomisyję do zbadania tejże szkoły i przedłożenia odpowiednich wniosków. Do podkomisyi wybrani: wnioskodawca i Drowie K. Grabowski i Rybczyński; 5) Na wniosek Dra Buszka uchwalono wnieść na ręce Prezydenta miasta przedstawienie, aby uczęszczanie do szkół podczas mrozów dochodzących poniżéj 16° R. było zawieszone. Wniosek ten przyjęto.

Statystyka epidemij. Ospa w Londynie nieco się zmniejszała. leczy sie w szpitalach tylko 37, zapadło świeżo 5, umarło 5. W Wiedniu umarło 3, w Petersburgu i Odessie po 2, w Barcelonie 16, w Pradze 6, w Bukareszcie 23, w Paryżu 29. W Kaliskiém wybuchła ospa w jednych miejscowościach a w drugich wygasła. W Krakowie umarło w tygodniu 50 z chorób zakaźnych: 6 z ospy (w ul. Straszewskiego l. 15, w ul. Krowoderskiéj l. 130, w ul. Blichowéj l. 59, w ul. Sławkowskiéj l. 262, na placu Żydowskim l. 208, w szpitalu); 1 z krztuśca (w szpitalu); 1 z duru brzusznego (w ul. Józefa l. 252); 1 z czerwonki, a doniesiono o 8 przypadkach ospy (z ul. św. Rocha l. 481, z Małego Rynku l. 432, z ul. Starowiślnéj l. 76, ze św. Scholastyki, z ul. Blichowéj l. 56, z ul. Lubicz l. 5 i ze szpitala św. Ludwika); 6 duru brzusznego (z ul. Garncarskiéj l. 138, z ul. Taniéj l. 175, z ul. Lubicz ?, z Rynku Kazimirskiego l. 1, z ul. Skawińskiéj l. 12); 3 krztuśca (2 z Pędzichowa l. 59 i ?), 1 płonicy, 3 dławca. Epidemija w Liverpoolu utrzymuje się w jednakowém nasileniu, w Kopenhadze umarło nieco mniéj bo tylko 23. Epidemija płonicy przebiega w Bukareszcie łagodniéj. Z duru brzusznego umarło w Barcelonie, zaś w Płocku osób 25. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Petersburgu

po 1, malaria koło Rzymu jest nie tak częstą, bardziéj się szerzy.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 49 umarło w Krakowie na rok i 1000 mieszkańców 43,3; we Lwowie 52,0; w Warszawie 25,4; w Poznaniu 30,6; w Wiedniu 27,0; w Budapeszcie 26,6; w Pradze 38,0; w Tryjeście 36,1; w Berlinie 25,1; w Wrocławiu 24,8; w Monachijum 33,5; w Dreznie 22,0; w Lipsku 23,2; w Bazylei 27.9; w Brukseli 26,3; w Paryżu 26,5; w Londynie 27,2; w Kopenhadze 34,9 w Chrystyjanii 20,7; w Petersburgu 31.4; w Odesie 33,4; w Bukareszcie 40,0; w Barcelonie 37,8; w Aleksandryi 33,4; w Nowym Yorku 23,4 w Bombayu 31,2; w Madrasie 34,9. *J. B.*

VII. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków** d. 18 grudnia. Ze zbliżającym się końcem roku poczuwamy się do miłego obowiązku złożenia szan. współpracownikom i abonentom naszym serdecznego podziękowania za skuteczne poparcie naszych usiłowań. Tuszymy sobie, że jedni i drudzy zechcą i na przyszłość nie odmówić tego poparcia tygodnikowi, który poczęty w złych czasach przebył złą i dobrą dolę i pod skrzydłami opiekuńczemi Towarzystwa Naukowego a następnie Tow. lek. krakowskiego ciągle postępując naprzód, zdobył sobie nareszcie nie tylko stanowisko bardzo poważne w poczcie czasopism lekarskich polskich, ale powoli zmusza i zagranicę do liczenia się z pracami w nim mieszczącemi się. Przegląd Lekarski wynagradza każdą pracę i to tak pracę autora doświadczonego i znanego, jakotéż pracę kolegi wstępującego dopiero w szranki literackie, czém korzystnie się wyróżnia od czasopism zagranicznych, znajdujących się w nierównie lepszych warunkach materyjalnych, które przywykły wynagradzać tylko rozprawy matadorów nauki, wychodząc z zapatrywania, że młodzi pracownicy powinni się kontentować samym faktem ogłoszenia drukiem ich rozpraw; najlepszym dowodem zaś, że zagranica umie cenić treść Przeglądu, jest okoliczność, że coraz częściéj z dalekich nawet stron dochodzą nas oferty wymiany naszego tygodnika na inne pisma lekarskie, oraz ustanawianie przez redakcyje czasopism francuskich i niemieckich osobnych referentów, mających zdawać sprawę z rozpraw drukowanych w naszym tygodniku. Staraniem Przeglądu Lek. będzie, aby się nie tylko utrzymywał nadal na téj wysokości, do któréj doszedł skutkiem współdziałania licznych kolegów, ale nadto, aby ciągle postępował naprzód i tym sposobem dowiódł, że byt jego jest zanadto ustalonym, aby rozstrzeliwanie sił, które i u nas niestety zaczyna wchodzić w modę, miało oddziaływać niekorzystnie na dalszy a pożądany jego rozwój.

* **Wiadomości osobowe**. Dr. Dawid Rosenthal, naczelny lekarz szpitala starozak. w Warszawie, po wysłużeniu przeszło lat 40, na własne żądanie uwolniony został od obowiązków, a w miejsce jego zamianowano Dra Józefa Kinderfreunda.— W miejsce Dra Chwata, naczelnego lekarza prywatnego szpitala dla dzieci starozak, który zażądał uwolnienia, mianowany Dr. Szymon Portner, a na ordynatora w oddziale ocznym tegoż szpitala przedstawiony Dr. Zygmunt Kramsztyk, b. asystent kliniki okul. (*Medycyna).*

* **Nekrologija**. D. 13 bm. nad ranem umarł w Krakowie Dr. Michał Edward Mohr, fizyk miejski. Zmarły urodził się d. 17 grudnia 1804 r. w Józefowie w Król. Polskiém, nauki lekarskie pobierał w Krakowie, gdzie téż w roku 1829 uzyskał stopień doktora medycyny i chirurgii. Już w marcu 1829 r. mianowany został przez Senat Rządzący zastępcą fizyka przy szpitalu św. Ducha, w r. 1832 bezpłatnym fizykiem przy głównym szpitalu św. Łazarza a w tymże roku fizykiem m Krakowa, wreszcie w r. 1844 fizykiem miejskim i okręgowym. Obowiązki fizyka miejskiego pełnił Dr. Mohr nieprzerwanie aż do śmierci swojéj a więc przez pół wieku prawie, ciesząc się aż do ostatka dobrém zdrowiem i świeżością umysłu, któréj dawał dowody nie tylko wtedy, gdy dykteryjkami bawił towarzystwo, ale i wtedy, gdy przejąwszy się jakąś kwestyją zdawał sprawę z niéj piśmienną. Wcale niedawno temu, gdy w Komisyi sanitarnéj miejskiéj mieliśmy sposobność uznania loicznego przedstawienia rzeczy i gładkości stylu oraz poprawności języka w jednym z referatów nieboszczyka; nabraliśmy wtedy przekonania, że starzec, który sam w obec wszystkich chełpił się, że *„laisser faire“* było zasadą przewodnią jego urzędowania, umiał, jeżeli zachodziła potrzeba a była chęć po temu, zbadać rzecz gruntownie i przedstawić ją wcale dobrze, a co większa, że jakkolwiek nigdy nie chwalił się studyjami swemi, przecież znał i urządzenia sanitarne i ważniejsze nowsze zdobycze naukowe. W osobie Dra Mohra miasto nasze traci jednę z postaci sympatycznych, że tak powiemy, pomnikowych; istny to bowiem był posąg Janusowy, jedną twarzą zwrócony do pokolenia, które żyje już tylko w tradycyi, a drugą do pokolenia obecnego, dla którego nie przestał być miłym towarzyszem, jedną i drugą zawsze uśmiechniętą wyszydzając grzeszki dawne i nowe, sarkazmem jednak nie obrażając nikogo, bo mierząc nie tylko w innych ale i w siebie samego. Tracimy w nim żywą i chodzącą kronikę okresów należących już teraz do historyi: czasów rzeczypospolitéj krakowskiéj i rządów przedkonstytucyjnych; tracimy w nim nestora, który kilka widział pokoleń, a o pokoleniach tych tyle umiał opowiadać, tracimy w nim kolegę, który pomimo swoich wad przecież był sympatycznym dla wszystkich, a spokojem i humorem swoim rozbrajał przeciwników. *Sit ei terra levis!*

Równocześnie umarł w Krakowie Leon Szancer, b. lekarz wojsk polskich, ozdobiony krzyżem *„virtuti militari,“* dawniéj lekarz praktyczny w Opatowie w Król. Polskiém, od lat kilkunastu w Krakowie zamieszkały, przeżywszy lat 81. Liczne grono lekarzy odprowadziło zwłoki na miejsce ostatniego spoczynku, a nad grobem przemówił kol. Dr. Warschauer.

We Lwowie umarł Dr. August Noskiewicz, b. prezes Tow. lekarzy galicyjskich i radca miejski, lekarz powszechnego używający szacunku. (Nekrolog podamy późniéj).

Pisma warszawskie donoszą o śmierci Dra Leona Bokiewicza w Jadowie nad Bugiem w Król. Polskiém, autora higijeny popularnéj, wydanéj w r. 1861. Wdowa pozostała z 4giem dzieci w największym niedostatku odwołuje się do litości kolegów nieboszczyka, aby ją jednorazowym datkiem wesprzeć raczyli!

D. 2 grudnia umarł w Cannes, we Francyi południowéj, Dr. Soelberg Wells, jeden z najznakomitszych okulistów angielskich, profesor oftalmologii w Kings College i chirurg szpitala tejże szkoły w Londynie. Ukończywszy w r. 1856 nauki lekarskie w Edymburgu, pracował następnie w Berlinie i pod okiem Graefego kształcił się w oftalmologii; powróciwszy w r. 1860 do Anglii był asystentem Bowmanna w Moorfields, późniéj mianowany profesorem. Dzieło jego o chorobach ocznych doczekało się 3ch wydań. Zdrowie fizyczne, wielkie zdolności, postać imponującą, wielki majątek — wszystko posiadał Soelberg Wells, a gdyśmy przed 10 laty mieli szczęście poznania go, zdawało nam się, że to jeden z Lordów żelaznych, co Metuzalemowego wieku spodziewać się mogą.

W Weimarze umarł tameczny radca lekarski, dawniéj prof. anatomii w Bernie szwajc. Dr Fryderyk Wilhelm Theile (urodz. w r. 1801 w W. X. Wejmarskiém, w r. 1825 uzyskał w Jenie stopień Dra, w r. 1827 habilitował się tamże jako docent anatomii i antropologii, w r. 1831 mianowany tamże profesorem, w r. 1834 powołany do Berna, gdzie piastował i godność rektora, w r. 1853 powrócił do ojczyzny swéj). Znany jako tłumacz wielu dzieł, a razem z Valentinem, Henlem i Wagnerem wydał dzieło anatomiczne Sömmerringa, opracowawszy w niém dział o mięśniach. — W Berlinie umarli zawołani lekarze praktyczni, tajny radca sanitarny Dr Otton Westphal w 80, a Dr Strassmann w 52 roku życia.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 50: Matlakowskiego: Zapalenie sawów rzeżączkowe (dok.); Sznabla: Kilka przypadków różnopostaciowéj wysypki, spostrzeganéj w m. październiku i listopadzie rb. w Warszawie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w poniedziałek d. 22 grudnia o g. 5 po poł. w sali wykładowéj kliniki okulistycznéj posiedzenie nadzwyczajne, dla ukończenia obrad nad sprawą połączenia swéj działalności z Tow. lekarzy galicyjskich

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 27 grudnia 1879. №. 52. Rok XVIII.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1880 **rok dziewiętnasty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Według uchwały Tow. lek. krak. z d. 9 października 1877 r. honoraryjum za prace oryginalne podwyższonem zostało do 16 złr., a za prace nieoryginalne do 10 złr. (za arkusz druku); honoraryjum to, co kwartał obliczane, Administracyja Przeglądu Lek. i w roku przyszłym wypłacać będzie szan. współpracownikom.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiem i Cesarstwie rosyjskiem	w Cesarstwie niemieckiem
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francyi i Belgii:
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4.

☞ Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Zapalenie nerwu wzrokowego skutkiem pobicia, z przebiegiem pomyślnym.

Przypadek sądowolekarski.

Podał Dr. Ferdynand Obtułowicz, lekarz powiatowy w Turce.

Zapalenie nerwu wzrokowego w następstwie bezpośrednich urazów oka samego należy do nader rzadkich wydarzeń w zakresie kazuistyki sądowolekarskiej, dlatego podaję do wiadomości szan. kolegów opis przypadku następującego:

Iwan Cz., lat 48 liczący, opowiada, że dnia 10 lutego 1879 r. został przez swego sąsiada tak mocno za pomocą grubéj pałki pobitym, że odtąd na nogę lewą stąpać nie może, gdyż przy usiłowaniach chodzenia doznaje bardzo silnego bólu i chrupotania tuż powyżéj kostki zewnętrznéj lewéj, a z drugiéj strony na oko lewe mocno zasinione swobodnie patrzeć nie może, z powodu dość znacznego bólu tak w témże oku, jakoteż i w głowie po stronie lewéj *). Nadto dodaje, że przymknąwszy powieki, lub zasłoniwszy ręką oko prawe, nie widzi dokładnie przedmiotów okiem nie zasłonioném, lecz widzi je zamglone i jakby do połowy.

Badanie w d. 13 lutego uskutecznione wykazało u mężczyzny dobrze zbudowanego i odżywionego, o ciepłocie ciała prawidłowéj, tętnie regularném, pełném, co następuje:

1) Obie powieki oka lewego mocno sine, a siność dochodzi aż do lica, od którego półksiężycowato i wyraźnie się odgranicza.

2) Po rozwarciu powiek odsłania się znaczna wybroczyna, pod spojówką gałkową oka lewego widoczna, i zajmująca cały odcinek zewnętrzny tejże spojówki od załamka górnego do załamka dolnego; zabarwienie téj wybroczyny jest ciemno-wiśniowo-czerwone. Na spojówce powiekowéj oka lewego widać również drobne wybroczyny w postaci kropek i prążków.

3) Obie źrenice są równo rozszerzone i oddziaływają dość energicznie na światło.

4) Badanie oka prawego, zdrowego, wykazuje stosunki zupełnie prawidłowe i bystrość wzroku prawidłową; za to

*) *Uwaga Redakcyi:* Żałować wypada, że nie ma bliższego podania, czy Iwan Cz. uderzony został w oko, lub téż także w głowę, za czém ból głowy przemawiać się zdaje. Ból ten głowy nasuwa przynajmniéj podejrzenie, że skutkiem bicia w głowę mogło powstać jakieś cierpienie śródczaszkowe, a dopiero w jego następstwie zapalenie nerwu wzrokowego; przypadki zaś zap. n. wzrokowego pośrednio skutkiem obrażenia głowy powstałego nie są wcale rzadkiemi. Gdyby się w przypadku niniejszym stanowczo wykluczyć dało to powstanie pośrednie, wtedy przypadek istotnie należałby do rzadkich, bo powstałych skutkiem bezpośredniego urazu gałki ocznéj.

badany podaje, iż po zasłonięciu oka prawego okiem lewém liczy palce zaledwie na 3—4 stóp dokładnie, i po za tą odległością już się myli w liczeniu. Przedmioty widzi całe, ale zamglone.

Pomijając szczegóły odnoszące się do złamania strzałki na podudziu lewém i inne sińce na skórze, przytaczam wynik badania oczu uskutecznionego za pomocą wziernika:

5) Ośrodki łamiące światło zupełnie przeźroczyste. Tarcza nerwu wzrokowego mocno zaczerwieniona, obrzmiała, granice jéj w stanie prawidłowym ostro zarysowane tutaj są zamazane i przechodzą nieznacznie w siatkówkę, która w całym swym obszarze jest przeźroczystą. Żyły siatkówkowe rozdęte, krwią mocno nastrzykane, ale tętnienia w nich nie widać; naczynia tętnicze w porównaniu z żyłami wąskie i cienkie. Naczynia dochodząc do niewyraźnéj granicy tarczy nerwu wzrokowego wznoszą się kolankowato ku przodowi, a doszedłszy blisko środka tarczy zaginają się znów ku dołowi, spuszczając się w wydrążenie fizyjologiczne nerwu wzrokowego (*excavatio nervi optici physiologica).* Nigdzie nie widać żadnéj wyraźnéj wybroczyny. Okolica plamki żółtéj nie wykazuje żadnéj wyraźnéj nieprawidłowości.

6) Badanie wziernikowe oka prawego wykazało stosunki zupełnie prawidłowe.

7) Chory obecnie nie uskarża się na bardzo znaczny ból w oku zasinionem; ból ten przeciwnie jest miernym.

8) Powtórne badanie bystrości wzroku przedsięwzięte u pobitego wykazuje, iż okiem prawém nieuszkodzonem widzi prawidłowo, okiém zaś lewém widzi całe również przedmioty nie ich połówki, ale przedmioty te są zamglone. W pobliżu liczy palce dokładnie, w dali na cztery lub pięć stóp widzi je już zamglone i liczy niedokładnie.

Na podstawie oględzin wydałem następujące orzeczenie:

1) Pobity doznał złamania w odnodze dolnéj lewéj kości zwanéj strzałką *(fibula)*, niemal w połowie jéj długości. Złamanie takie stanowi uszkodzenie ciała ciężkie, pociągające za sobą niezdolność do pracy zawodowéj trwającą co najmniéj powyżéj dni dwudziestu, lecz przy należytéj opiece w pomyślnych przypadkach poniżéj dni trzydziestu. Złamanie to zostało dokonane za pomocą gwałtownego uderzenia ciałem dość ciężkiém i tępém.

2) Pobity doznał zasinienia mocnego szczególniéj na powiece dolnéj oka lewego i wybroczyny podspojówkowéj po stronie zewnętrznéj gałki ocznéj lewéj, co stanowi samo przez się uszkodzenie ciała lekkie. Zasinienie tego rodzaju mogło powstać skutkiem gwałtownego uderzenia pięścią w oko lewe, jednakowoż i uderzenia za pomocą pałki grubéj i gładkiéj wykluczyć nie można.

3) U pobitego wreszcie wykazało badanie wziernikowe oka lewego zapalenie nerwu wzrokowego. Doświadczenie lekarskie poucza, że w zasadzie zapalenie tego rodzaju może być wynikiem gwałtownego uderzenia w oko, a jest to w tym szczegółowym przypadku rzeczą tém prawdopodobniejszą, że właśnie na oku lewém zasinionem napotykamy to zapalenie nerwu wzrokowego wraz z upośledzeniem bystrości widzenia, jako jego następstwem. Częściéj jednak skutkiem gwałtownego wstrząśnienia gałki ocznéj napotykamy wybroczyny podsiatkówkowe, nawet oderwanie siatkówki, czego tu wziernik oczny nie wykrył. Ponieważ atoli u badanego nie znajdujemy żadnego punktu oparcia do przypuszczenia innéj przyczyny dla zapalenia nerwu wzrokowego, jakoto: jakiegokolwiek zakażenia ustroju jadem kiłowym lub nowotworów mózgowych, nadto ponieważ oko drugie zupełnie jest zdrowe i prawidłowe, a chory również stanowczo twierdzi, że i okiem obecnie chorém widział zupełnie dobrze, teraz zaś widzi niem odpowiednio do zapalenia nerwu wzrokowego przedmioty niewyraźnie, przeto w tym przypadku najprawdopodobniejszą jest rzeczą, że obrażenie i wstrząśnienie gałki ocznej skutkiem silnego jéj ugodzenia lub nawet uderzenia w oczodół cały, pociągnęło za sobą również obok zasinienia powiek i oka zapalenie nerwu wzrokowego.

Zapalenie tego rodzaju stanowi uszkodzenie ciała ciężkie, a trwa zazwyczaj dłużéj, niż dni trzydzieści, kończąc się często bardzo niepomyślnie, bo zanikiem nerwu wzrokowego, czyli ślepotą na témże oku.

Jaki przebieg będzie miało zapalenie w przypadku niniejszym, czy nie ustąpi może miejsca zupełnemu wyzdrowieniu, wyświecić może tylko powtórne badanie, które zastrzegamy sobie po upływie czterech tygodni, a to tém bardziéj, ponieważ zapalenie to nerwu wzrokowego pochodząc prawdopodobnie z przyczyny urazowéj może mieć zakończenie pomyślniejsze, niż je mają zapalenia nerwu wzrokowego z innych przyczyn powstałe.

Blisko w dwa miesiące później bo 3 kwietnia rb. zgłosił się Iwan Cz. do powtórnych oględzin w sądzie a wynik ich był następujący:

Badany opowiada, że już może obecnie łepiéj chodzić, lubo często mu jeszcze noga lewa koło kostek obrzmiewa. Co do oka lewego, to widzi niém obecnie lepiéj, ale jeszcze nie tak dobrze, jak przed pobiciem i jeszcze go głowa pobolewa*).

Oko lewe, dawniéj mocno do około zasinione, wygląda zupełnie prawidłowo, źrenica jego ma takie same rozmiary jak w oku prawém zdrowém.

Badanie bystrości oka lewego wykazuje, iż badany rozróżnia dobrze i biegle palce na stóp kilka, dopiero w odległości 7—10 kroków zaczyna mylić się w rozpoznawaniu, podczas gdy okiem zdrowém rozróżnia je w téjże odległości bardzo dobrze.

Badanie wziernikowe po zapuszczeniu atropinu wykazuje również znaczne polepszenie na oku lewém, a mianowicie: *a)* Tarcza nerwu wzrokowego znacznie bledsza, niż była poprzednio, lubo jeszcze do dziś dnia nieco mocnéj zaczerwieniona, niż w oku prawém. Granica jéj ostrzéj już zarysowana i odbija dokładnie od reszty siatkówki. *b)* Naczynia żylne nie tak mocno rozdęte, a lubo jeszcze zaginają się na samym brzegu tarczy nerwu wzrokowego, to jednakowoż stopień tego zagięcia jest już wcale nieznaczny, a tarcza cała nerwu wzrokowego nie jest obrzmiałą. *c)* W środku tarczy nerwu wzrokowego istnieje jeszcze dotychczas i istnieć będzie zawsze mały dołek, w którym zbierają się naczynia siatkówkowe, zwany exkawacyją fizyjologiczną. *d)* Siatkówka nigdzie nie zamglona.

Badanie strzałki (*fibula*) na odnodze dolnéj lewéj wykazuje zupełne zrośnięcie się odłamków, a w miejscu ich zespolenia się małą guzowatość.

Na podstawie tych oględzin dokonanych w 2 miesiącu po uszkodzeniu orzekłem, że zapalenie nerwu wzrokowego bierze obrót pomyślny, bo zwolna wracają w tém oku stósunki prawidłowe i jest nadzieja, że chory odzyska na

*) Ten ból głowy tak długo trwający jest bardzo podejrzany co do związku między urazem a *neuritis*, a przemawia raczéj za związkiem pośrednim niż bezpośrednim *(Uwaga Redakcyi).*

oku lewém taką samą bystrość wzroku, jaką miał przed pobiciem. Daléj oświadczyłem, że z nader wielkiém prawdopodobieństwem zachodzi w przypadku niniejszym związek przyczynowy między pobiciem a zapaleniem nerwu wzrokowego, a to tém bardziéj, że u badanego nie zdołano wykryć żadnéj innéj choroby lub zakażenia ustroju, któreby jako przyczynę powyższego cierpienia można było uważać.

Przypadek co dopiero opisany, zasługuje pod tym względem na uwagę, że upośledzenie bystrości wzrokowéj nie nastąpiło w skutek przeszkód mechanicznych, szczególniéj zaś skutkiem pęknięcia naczyń śródocznych i wybroczyn śródgałkowych, jak to z góry przypuszczałem, lecz że zamiast wybroczyn większych lub mniejszych w ciałku szklaném, pod siatkówką lub oderwania siatkówki, wykryłem zapomocą wziernika ocznego tylko zapalenie ograniczone do tarczy nerwu wzrokowego. Szokalski w swém dziele „Wykład chorób przyrządu wzrokowego u człowieka. Tom II, str. 350—354", w ten sposób wyraża się o ajtiologii zapalenia nerwu wzrokowego i rokowaniu w tém ciężkiém cierpieniu: „Bezpośrednie przyczyny zapalenia w nerwie wzrokowym należą do wielkich rzadkości i chyba do mechanicznych obrażeń lub zatorów w naczyniach nerwu odnosić się mogą, jak to rzeczywiście przy ropnicy i wysypkach skórnych już obserwowano (Stellwag); zazwyczaj jednak zapalenie jest wniesione albo z gałki (*neuritis ascendens*), albo z opon mózgowych (*neuritis descendens*); a Graefe przypuszcza oprócz tych dwóch form jeszcze trzecią, która ma także występować przy zboczeniach wewnątrzgałkowych, lub ograniczać się wyłącznie do saméj tarczy z wyłączeniem pnia nerwu, który ma pozostawać zdrowym (*Stauungspapille*). Przy formie ostatniéj wzrok może być bardzo niewiele nadwerężonym, zdaje się jednak, że zapalenie podrzędną, przekrwienie zaś i opuchnienie główną odgrywają rolę". „Zejście zapalenia nerwu wzrokowego, (pisze Szokalski), zawsze jest smutne, kończy się bowiem zanikiem nerwu; wzrok zatraca się stopniowo w miarę coraz bardziéj rozwijającego się zaniku, chociaż z drugiéj strony zdarzają się przypadki i to nierzadkie, (zdaniem Gałęzowskiego w 20%), w których wzrok, choć znacznie obniżony, ustala się powoli i z czasem nawet trochę polepsza".

Podobnież Kol. Wurst w swéj rozprawie: „Kilka uwag o zastoinowém obrzmieniu tarczy nerwu wzrokowego" — Przegląd Lekarski 1876, Nr. 25 i 26, — podaje w szeregu przyczyn wywołujących to cierpienie, ogólnikowo, iż zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki może również wystąpić skutkiem urazów wywartych na gałkę oczną i na ścianę oczodołu. Arlt w znanéj swéj monografii o uszkodzeniach oka rozbiera bardzo szczegółowo rozliczne formy uszkodzeń oka pod względem sądowo-lekarskim, objaśniając swe wywody przypadkami zaczerpniętemi z bogatéj kazuistyki, jednakowoż w rozdziale 1szym omawiającym „nagłe zgniecenie i wstrząśnienie gałki ocznéj" nie wspomina wcale o urazowém zapaleniu nerwu wzrokowego. Jako następstwa uszkodzenia zrządzonego przez gwałtowne zadziałanie narzędzia tępego na gałkę oczną wylicza autor: „podbiegnięcie krwawe spojówki, zaćmienie z następowém zapaleniem (ropieniem) rogówki, pęknięcie twardówki w pobliżu rogówki, a bardzo rzadko w odcinku tylnym, wynaczynienie krwi do komórki przodkowéj, mniéj więcéj wyraźne przedarcie tęczówki, porażenie zdziergacza źrenicy, porażenia akommodacyi, pęknięcie torebki soczewkowéj, zwątlenie albo przerwanie obwódki Zinna z mniéj lub więcéj wyraźną zmianą położenia i postaci soczewki, pęknięcie naczyniówki z krwotokiem do ciałka szklanego, wreszcie upośledzoną czynność siatkówki. Co do udziału siatkówki w stłuczeniu albo wstrząśnieniu gałki ocznéj, zastanawia się autor głównie nad tak zwaném wstrząśnieniem siatkówki (*commotio retinae*), przez które rozumiano przed, oraz i po zaprowadzeniu badania wziernikowego, upośledzenie wzroku bądź przemijające, bądź trwałe i przypuszczano przytém albo lekkie wzruszenie warstwy czopkowéj i pręcikowéj siatkówki, albo téż wpływ nerwów naczynioruchowych porażonych skutkiem wstrząśnienia; w przypadkach tych nie zdołano ani gołém okiem, ani zapomocą wziernika znaleść zmian odpowiednich, a nadto nie było oznak pozwalających przypuszczać jakiekolwiek zmiany w jamie czaszkowéj. Na tém stanowisku długo utrzymywała się nauka o wstrząśnieniu siatkówki, dopiero Dr. Berlin w klin. Monatsblätter Zehendera wykazał jéj bezzasadność i utorował drogę ścisłemu badaniu téj zagadkowéj sprawy. Berlin roztrząsając bliżéj rozmaite postacie tak zwanego wstrząśnienia siatkówki, rozróżnia pod względem ajtiologicznym z jednéj strony przypadki, w których jedynie albo głównie brzeg oczodołów, z drugiéj strony zaś przypadki, w których jedynie gałka oczna ugodzoną została. W przypadkach pierwszego rzędu towarzyszą zazwyczaj takie objawy mózgowe, że mamy wszelkie prawo przypuścić obrażenie nerwu wzrokowego, i przypadki te zazwyczaj się kończą zanikiem nerwu wzrokowego. W przypadkach drugiego rodzaju upośledzenie wzroku dochodzi albo do bardzo wysokiego stopnia i jest stale lub przynajmniéj długotrwałe, a najczęściéj połączone z upośledzeniem widzenia obocznego, albo téż stopień upośledzenia wzroku jest tylko nieznaczny i najczęściéj już po kilku dniach ustępuje zupełnie upośledzenie tylko samego widzenia naośnego. W ogóle zaś Berlin zgadzając się ze zdaniem Geisslera i Knappa twierdzi, że nadzwyczaj są rzadkie przypadki ślepoty albo mocnego upośledzenia wzroku zrządzone przez wstrząśnienie samego oka, w którychby nie było żadnych zmian wziernikowych".

W ten sposób wyraża się Arlt o udziale, jaki bierze siatkówka wraz z nerwem wzrokowym w przypadkach gwałtownych urazów, które zadziałały na gałkę oczną lub bezpośrednie jéj sąsiedztwa; — a lubo w dziełach chorobom ocznym poświęconych znalazłem w szeregu przyczyn wywołujących zapalenie nerwu wzrokowego, że w zasadzie jest ono możebném skutkiem urazu, to jednak nigdzie nie doczytałem się ani jednego szczegółu poświęconego temu rodzajowi zapalenia nerwu wzrokowego, tém mniéj zaś ważności jego pod względem sądowo-lekarskim. Wracając do mego przypadku, w ten sposób tłumaczę sobie zapalenie nerwu wzrokowego. Iwan Cz. ugodzony został narzędziem tępém i gładkiém, z dość znaczną siłą od strony głównie skroniowéj, — a przemawia zatém wybroczyna podspojówkowa zajmująca cały zewnętrzny odcinek gałki ocznéj. Siła urazowa działała zatém na gałkę oczną w kierunku od przodu i zewnątrz ku tyłowi i wewnątrz, a zatém mniéj więcéj w kierunku miejsca, w którém nerw wzrokowy do gałki ocznéj wstępuje i włókna swe rozpościera. Skutkiem chwilowego lubo może nieznacznego przypłaszczenia gałki ocznéj w tymże kierunku uciśnięcia nerwu wzrokowego, choćby przez sprężystą podściółkę tłuszczową wyścielającą oczodół, powstało zapalenie urazowe nerwu wzrokowego, lub co prędzéj pękło jakiekolwiek naczyńko pochwowe oplatające nerw wzrokowy (*vasa vaginalia interstitialia*), a wybroczyna uciskająca nerw wzrokowy i żyłę w środku jego przebiegającą, stała się przyczyną za-

stoinowego obrzmienia tarczy nerwu wzrokowego, zaczém przemawiają cechujące je znamiona, tj: mocne obrzmienie i zaczerwienienie tarczy, zamazanie jéj granic, wystrzykanie i lekkie kolankowate zagięcie żył siatkowkowych i odpowiednio do tego dość znaczne upośledzenie bystrości wzrokowéj.

Wybroczyna ta po za gałką oczną, w miejscu wstępowania nerwu wzrokowego usadowiona, nie musiała być znaczną, nie wysadziła bowiem gałki ocznéj znacznie ku przodowi, tak żeby to przy uważnych oględzinach lekarskich dostrzedz się dało.

W miarę postępowania resorpcyi wybroczyny stopień obrzmienia zastoinowego tarczy nerwu wzrokowego malał, a odpowiednio do tego poprawiała się również bystrość wzroku; powtórne też oględziny, dokonane w dwa miesiące po uszkodzeniu, wykazują już niemal *restitutio ad integrum* i znakomite postępy pod względem poprawienia się bystrości wzroku. Okoliczność ta tłumaczy nam też w sposób wcale niewymuszony wyjątkowo pomyślny przebieg cierpienia nerwu wzrokowego na tle urazowém.

Wprawdzie badania bystrości wzrokowej nie mógłem uskutecznić z subtelną dokładnością, raz dla braku odpowiednich narzędzi, jak i dla braku inteligencyi ze strony badanego, a głównie polegać musiałem na staranném zbadaniu oczu za pomocą wziernika ocznego, który wykrył znaczne różnice pomiędzy okiem zdrowém a okiem zasinioném, jednakowoż mimo to wykluczyć mogę wszelką symulacyję, a nawet znaczną przesadę ze strony chorego, tém bardziéj, że podania chorego o niedowidzeniu na oko zasinione znalazły zupełne potwierdzenie przez badania wziernikowe.

Zainteresowany tym wyjątkowym przypadkiem pod względem sądowo-lekarskim, badałem póżniéj za pomocą wziernika ocznego kilkakrotnie osoby, u których skutkiem pobicia okazały się znaczne wybroczyny podspojówkowe, podnoszące nieraz spojówkę nakształt wału ciemno-wiśniowo-czerwonego, jednakowoż mimo starannego i dłuższego badania nie wykryłem w żadnym zresztą przypadku zmian podobnych do powyżéj opisanych. Zachęcony też wyjątkowością i rzadkością tych zmian wykrytych po pobiciu w głębi oka, uważałem za swój obowiązek wyrwać przypadek ten z zapomnienia, i będę sowicie wynagrodzony za mą pracę, jeżeli kazuistyka sądowo-lekarska urazów gałki ocznéj zostanie wzbogaconą przez spostrzeżenia kolegów sądowych, a uwagi moje choć w części zostaną potwierdzonemi przez innych.

II. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie XI z dnia 9go grudnia 1879 r.

Przewodniczący prof Dr. Korczyński Członków obecnych 12.

Po przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia

1) Dr Kwaśnicki zdał sprawę z pisma Dra Zauderera z Wieliczki, w którém jako miejsce urządzenia, projektowanego przez Kom. baln. szpitala dla dzieci zołzowatych, proponuje Wieliczkę. Dr Zauderer kładzie nacisk na następujące okoliczności, które za Wieliczką przemawiają: tradycyja istnienia tamże już od dawna zakładu kąpielowego, zdrowe i świeże powietrze, piękne trzy ogrody spacerowe, bliskość Krakowa i możebność otrzymania bezpłatnie dostatecznéj ilości wody słonéj i mułu, a nawet i gruntu pod budowę szpitala. Referent przyznając w części słuszność powyższym względom jest zdania, że korzyści finansowe i administracyjne, przemawiające za Wieliczką, muszą dla Komisyi balneologicznéj jako ciała naukowego być mniejszéj wagi, aniżeli względy lecznicze; a te ostatnie dla tego więcéj przemawiają za Rabką, albowiem tam istnieje już urządzony zakład zdrojowo-kąpielowy, położenie zdrojowiska jest korzystniejsze, a wodę rabczańską, zawierającą w sobie znaczniejszą ilość jodu i bromu, trzeba bezsprzecznie uważać jako skuteczniejszą w zołzach aniżeli solankę wielicką. Zgodnie z wnioskiem sprawozdawcy, uchwalono polecić Towarzystwu opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie Wieliczkę jako miejsce założenia szpitala dla dzieci zołzowych, w razie gdyby względy administracyjne lub finansowe na założenie szpitala w Rabce nie pozwalały.

2) P Trochanowski, Członek Kom. baln., przedstawił rozbiór wody mineralnéj ze Szczawnika (na Węgrzech), dokonany przez niego i przez p. K. Krzyżanowskiego, asystenta zakładu chemicznego w Uniw. Jagiell. Po skreśleniu fizycznych własności wody, tak jak mu je podał właściciel zdrojowiska, podał p Tr. wyniki ilościowego rozbioru chemicznego, uskutecznionego z wszelką dokładnością, które przedstawiają się w sposób następujący:

1000 grm. wody zawiera:

Węglanu sodowego	3·31228	Węglanu żelazawego	0·0038[illegible]
„ wapniowego	0·09532	„ litowego	ślad
„ magnowego	0·02024	Chlorku sodu	0·13520
Kwasu krzemowego	0·03202	„ potasu	0·09583
Niedokwasu glinu + kw. fosforow.	0·00568		

Ciepłota wody 10° C., ciężar gatunkowy 1·0045.

Daléj przedstawił p. Trochanowski rozbiór wody jeszcze sześciu zdrojów, które dla odróżnienia od poprzedniego nazwanego „zdrojem głównym", naznaczył cyframi 1, 2, 3, 4, 5, 6. Przy rozbiorze tych 6 zdrojów z przyczyny niedostatecznéj ilości wody, pp. Trochanowski i Krzyżanowski ograniczyli się do oznaczenia ważniejszych tylko składników. Prelegent podniósłszy wartość wody ze zdroju 6go namienił, że woda ze zdroju głównego odpowiednią jest do przesyłek we flaszkach, gdyż przy małéj ilości węglanu żelazawego (0·003 grm. na 1000 wody) nie wydziela nawet po dłuższym czasie żadnego osadu, a z powodu znacznéj ilości węglanu sodowego w obec małéj stosunkowo ilości wapna, magnezyi i chlorków, użytą być może w miejsce wody sodowéj, mniéj zaś w celach leczniczych. Nareszcie przedstawił prelegent osad zbierający się na wewnętrznéj stronie dachu zasłaniającego zdrój główny, oraz wykazał przyczynę jego powstawania i stosunek jego części składowych do ilości składników zawartych w wodzie.

3) Przewodniczący podał treść rozprawy Dra Pietrzyckiego z Kossowa p. t. Kilka słów „o Burkucie", nadesłanéj Komisyi balneologicznéj, podniósł ważność podobnych opisów i zwrócił uwagę na potrzebę dokładnych rozbiorów chemicznych licznych zdrojów w tych okolicach się znajdujących. Rozprawę tę uchwalono przesłać redakcyi Przeglądu Lek. w celu umieszczenia jéj w tém piśmie.

4) Przewodniczący przedłożył pismo Dra Dobieszewskiego z Warszawy, w którém tenże uprasza Komisyję b. ln. o popieranie wydawnictwa monografij zdrojowisk galicyjskich jakie wspólnie z kilkoma lekarzami zdrojowymi zamierza wydawać. Uchwalono umieścić w protokóle posiedzenia, że wydawnictwo to jest pożyteczne i że zarządy zdrojowisk we własnym interesie powinny popierać wydawnictwo przez zamówienie znaczniejszéj liczby egzemplarzy każdéj monografii

5) Uchwalono upraszać Towarzystwo Lek. krak. o poniesienie kosztów wydawnictwa sprawozdań z posiedzeń Komisyi balneologicznéj, gdyż Kom. baln. nie rozporządza żadnemi funduszami.

6) Dr. Lutostański złożył referat w sprawie budowy łazienek w Żegiestowie następującéj osnowy:

Właściciel Żegiestowa, p. Medwecki, zgłosił się do Komisyi balneologicznéj z projektem budowy łazienek dla kąpieli z wody mineralnéj. Przewodniczący zaprosił podkomisyję złożoną z p budowniczego Zaręby, pp. inżynierów Kaczmarskiego i Łatkiewicza, tudzież Sprawozdawcy, dla ocenienia tego projektu w najgłówniejszych zarysach skreślonego. Podkomisyja z przedstawionych szkiców dowiedziała się: 1) że przyszły budynek ma mieć 43·70 metrów długości a 18 metrów szerokości; 2) że spadek terenu obranego pod budowę gmachu łazieb-

nego ma wynosić 5 metrów według podania właściciela. od zdroju zaś dostarczającego wody do miejsca obranego na urządzenie zbiornika, 3 80 metrów; 3) że ilość wody dostarczanéj przez zdrój żegiestowski ma wynosić na dobę 130 metrów sześć.

Przypuszczając prawdziwość zasadniczych tych szczegółów, przystąpiła podkomisyja do rozstrzygnięcia pytania: ile kąpiel i na dzień możnaby urządzić w Żegiestowie przy téj wydajności zdrojów. Z obliczenia okazało się, że licząc na jednę kąpiel 400 litrów, możnaby w Żegestowie wydać maximum 13.5 kąpieli na godzinę, czyli na 12 godz. 162 kąpiele; przypuściwszy zaś, że woda zbierać się będzie w zbiorniku przez 24 godz., podwójną liczbę tj. 324; z tego wynika, że maximum izb łaziebnych może wynosić 27, taką téż liczbę łazienek właściciel w saméj rzeczy proponuje. Przy tak małéj obfitości zdroju wskazaném jest urządzenie zbiornika mającego objętość dziennéj wydajności zdrojów, tj. 130 metrów sześć; jestto maximum wymiarów zbiornika. Uwzględniając jednak, że na początek ta liczba kąpieli może okazać się zbyteczną, na wniosek inżyniera Łatkiewicza podkomisyja uznała jako minimum objętości zbiornika 91 metrów sześć Przy tych wymiarach można w Żegestowie na 12 godzin wydać co najwięcéj 221,28 kąpieli, czyli może być zajętych łazienek tylko 18. Liczba więc proponowanych 27 łazienek, przyjmując proponowane przez właściciela minimum wymiarów, jest w ogóle za wielką. Podkomisyja uchwaliła, aby zbiorniki dla wody były na cemencie murowane i cementem wewnątrz i zewnątrz wyprawione, dla zapobieżenia dopływowi wody słodkiéj. Spadek wody ze zbiornika umieszczonego powyżéj do łazienek aż nadto będzie dostateczny. Co do rozkładu budynku, podkomisyja ze szkiców dorywczo narysowanych dowiedziała się, że budynek ma mieścić w suterenach skład na materyjał opałowy, skład na borowinę, kąpiele borowinowe w 10 izbach łaziebnych, izbę dla natrysków, 2 izby do kąpieli parowych, kotły parowe, mieszkanie dla łaziebnego; na parterze 27 łazienek do kąpieli z wody mineralnej 1éj i 2éj klasy (1éj 8, 2éj 19), wychodki osobne dla 1éj i 2éj klasy, 2 przedsionki a zarazem czekalnię dla 1éj i 2éj klasy, pokój dla zarządu. Nad parterem na 1ém i 2ém piętrze mają być urządzone łazienki. Pod względem projektowania w ogóle, jest się ścieśnionym szczupłym terenem, którego wyzyskanie przedstawia wielkie trudności a który w konieczności wyzyskać należy. Ze względu na tę zasadniczą niedogodność przeszkadzającą rozwinięciu się zakładu, podkomisyja wnosi, aby Komisyja baln. użyła swego wpływu, z pomocą którego właściciel mógłby nabyć sąsiednie parcele należące do funduszu religijnego, zostającego na teraz pod zarządem c. k. Dyrekcyi dóbr i lasów. W takim razie można zrobić projekt odpowiadający wszelkim wymaganiom higijeny i balneotechniki. Podkomisyja nie zgadza się, aby skład na borowinę znajdował się w miejscu wskazaném w suterenach, które musi być zawsze wilgotne, gdy tymczasem skład borowiny potrzebuje miejsca względnie suchego i przewiewnego, w którém borowina stykając się z powietrzem atmosferyczném ulegałaby rozkładowi, tj sprawie wietrzenia. Z tego powodu podkomisyja proponuje albo urządzenie tych składów w podwórzu za łazienkami, lub téż w miejscu odpowiedniém na północ od gmachu łazienkowego. Do kąpieli borowinowych mają być użyte wanny stale, parą ogrzewane, do których borowina sucha wprost ma się dostawać przez mały tunelik 1·5 metr. wysoki. Z powodu właściwości spadku zachodzi kwestyja, w jaki sposób papka borowinowa ma być z wanien wydalaną. — Po dłuższéj dyskusyi zgodzono się, aby borowinę użytą spuszczać lub wysuwać do dołu ocementowanego. z któregoby codziennie była wywożoną, a to na wniosek inżyniera Kaczmarskiego. Drugi wniosek inżyniera Latkiewicza, aby wanny były ruchome, do wywożenia urządzone, pozostawiono do uwzględnienia Daléj uchwalono na wniosek Dra Lutostańskiego, aby izby na zimne natryski umieścić zdala od kotłów parowych, oraz na wniosek p. Zaręby, aby obmyśleć środki lepszego oświetlenia łazienek borowinowych. Uchwałę co do pomieszczenia kotłów parowych poprzedziła dyskusyja nad sposobem ogrzewania wanien. Przy téj sposobności zastanawiano się nad wszelkiemi sposobami ogrzewania wód żelezistych i przyjęto za zasadę, że ten sposób jest najlepszy, który obok względnéj taniości zabezpiecza zatrzymanie w wodzie jak największéj ilości bezwodnika węglowego. Po rozprawie nad rozmaitością sposobów ogrzewania parą (bezpośrednio i pośrednio) lub zapomocą wody gorącéj, zgodzono się na wniosek Dra Lutostańskiego, aby łazienki ogrzewane były parą według ulepszonego sposobu Schwartza, który zastósowano w Schwalbach. Ze względu na różne niedogodności wyniknąć mogące z umieszczenia kotłów parowych w samym budynku, uchwalono w zasadzie, aby je umieścić w pewnéj od budynku odległości, co jest możliwém, a zarazem, aby kotły te zaopatrzyć kominem ile można wysokim (choćby na 45 metrów), zaopatrzonym w przyrząd dym pochłaniający (*Rauchverzehrungsapparat*), dla uniknięcia zadymienia okolicy i zakładu. W ogóle podkomisyja żąda: rozkładu łazienek ze względu na podział tychże według płci i klas, osobnéj poczekalni dla każdéj klasy, i wchodów odpowiedniéj urządzonych. Co do wanien podkomisyja proponuje wanny t. z. amerykańskiego kształtu. Wanny mają być miedziane nie pobielane z podwójném dnem. Izby łaziebne winny być należycie ogrzewane i przewietrzane. Szczegółów urządzenia łazienek podkomisyja nie podaje, gdyż o to nie była pytaną.

7) Na wniosek powyższéj podkomisyi uchwalono równocześnie poprzeć wniesione podanie p. Medweckiego do Ministeryjum rolnictwa o odprzedanie pewnéj części przyległego gruntu w celu rozszerzenia zakładu zdrojowego w Żegiestowie.

8) Przewodniczący zamykając ostatnie w tym roku posiedzenie Kom. baln., które zakończa również jego trzechletnie urzędowanie, wykazuje, jakiemi pobudkami kierował się w przewodniczeniu Komisyi i dziękuje Członkom Komisyi za żywy współudział w pracy i za chętność w popieraniu dobra zdrojowisk krajowych. Zarazem uprasza, ażeby Komisyja, która po trzech latach istnienia stósownie do osnowy statutu ma się na nowo ukonstytuować, raczyła wybrać przewodniczącym innego z Kolegów, gdyż obarczony licznemi zajęciami nie mógłby w żaden sposób nadal przyjąć przewodnictwa.

Na tém posiedzenie zakończono.

Sekretarz *Dr Smoleński.*

Sprawozdanie

Komisyi stałéj. zawiązanéj w Towarzystwie lekarskiém krakowskiém w celu popierania przemysłu krajowego w zastósowaniu do celów leczniczych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie, uwzględniając, że corocznie znaczne kwoty pieniężne wychodzą za granicę kraju na zakupno środków lekarskich zwanych pospolicie specyjalnemi, które jako znanego składu, równie dobrze, a o wiele taniéj przez naszych aptekarzy i chemików mogą być wyrabiane; że toż samo da się odnieść do narzędzi i przyrządów lekarskich i chirurgicznych, w roku 1878 wybrało Komisyję stałą do zajęcia się tą sprawą.

Komisyja złożona z kilkunastu Członków, lekarzy po większéj części specyjalistów, farmaceutów i chemików, w d. 11 listopada 1878 r. wydała odezwę do aptekarzy, chemików i przemysłowców krajowych, zajmujących się wyrabianiem przedmiotów mogących służyć do celów leczniczych, o nadsyłanie tychże pod ocenienie Komisyi.

Od tego czasu nadesłali swe wyroby dwaj fabrykanci narzędzi chirurgicznych, oraz sześciu aptekarzy i chemików. Każdy z nadesłanych przedmiotów był oddany do ocenienia kilku członkom Komisyi, a po wszechstronném zbadaniu obecnie zdajemy sprawę o ich wartości.

Narzędzia chirurgiczne nadesłali dwaj fabrykanci krakowscy; p. Ferdynand Grüll, fabrykant uniwersytetu (ul. Mikołajska l. 450), nadesłał bistury, nożyczki, kleszcze polipowe, kleszcze gardłowe, perforator do czaszki, narzędzia okulistyczne i plesimetry kościane. P. Józef Witoszyński (fabryka p. ul. Floryjańskiéj l. 332) nadesłał szkatułkę z narzędziami amputacyjnemi, pulares z narzędziami do operacyj ginekologicznych, pulares zwykły podręczny z narzędziami chirurgicznemi, różne większe narzędzia położnicze, piłkę spiralną i wziernik nosowy. Wyroby tak jednego jak drugiego odznaczają się dokładnością i starannością odrobienia, a nawet pewną elegancyją, nie ustępując w niczém zagranicznym; zasługują zatém ze wszech miar na polecenie, zwłaszcza że i cena ich po większéj części jest niższą, niżli zagranicznych.

Przetwory apteczne lecznicze nadesłał z Krakowa p. Józef Trauczyński, właściciel apteki pod koroną (Rynek

główny l. 22), a w szczególności: Wino chinowe czyste i wino chinowe z żelazem, oba przetwory mają smak wcale nie przykry, są czyste, zażywane wywierają skutek pożądany, a zatém jako nie ustępujące w niczém zagranicznym mogą je ze wszech miar zastąpić.

Torebki napełnione proszkiem Kousso ze względu na formę zasługują na zalecenie ułatwiając przełykanie leku nieprzyjemnego, a w znacznéj ilości dla osiągnienia skutku zadawanego; zwraca się tylko uwagę p. T., aby powłoka była łatwo rozpuszczalną.

Cement gutaperchowy do zębów w kulkach, bardzo odpowiedni do użycia tymczasowego przez samych pacyjentów, lubo plomby stałéj przez dentystów zakładanéj zastąpić nie jest w stanie.

O innych przetworach przedstawionych przez p. Trauczyńskiego jak *Ferrum oxydatum dialysatum, Cottoina i Verrucina*, Komisyja wstrzymuje się na teraz z wydaniem ostatecznego zdania.

P. Aleksander Mańkowski aptekarz z Przemyśla nadesłał Syrop sosnowo-balsamiczny ziołowy; lek przyjemny, chętnie zażywany przez chorych; a lubo nie zawiera środków narkotycznych, łagodzi kaszel, ułatwia odplúwanie a następnie zmniejsza takowe; zasługuje przeto na zalecenie.

P. Zygmunt Rucker aptekarz ze Lwowa nadesłał ekstrakt zupowy, P. Julian Hausberg aptekarz z Sokala dwa przetwory lecznicze: *Antigoutine végétale i Poudres antirheumatismales litho-benzoë-salicyliques*, p. Jasiński aptekarz z Budzanowa balsam na zranienia. Ponieważ wymienione przetwory niedawno dopiero zostały nadesłanemi, i referenci, którym oddano takowe do wypróbowania, dotychczas nie zdali sprawy, przeto Komisyja zdanie swe o nich późniéj dopiero wydać będzie mogła.

Z przetworów chemicznych, p. Józef Trauczyński nadesłał mydło glicerynowe płynne. Mydło to jako środek toaletowy jest wyborne, łagodzi i wygładza skórę ostrą i spierzchniętą, zwłaszcza gdy się ma do czynienia z kwasem karbolowym i jego przetworami, zapach tylko nieco za ostry może być zastąpiony łagodniejszym. Mydło to do celów leczniczych jest za słabe.

P. Bronisław Leszko nadesłał mydło hygieniczne makassarowe, które jako środek toaletowy zasługuje na wszelkie uznanie i zalecenie, w użyciu jest wcale przyjemne, z wodą pieni się dobrze, skórę odmiękcza i gładką czyni, lecz zapach mydła z ol. jaśminowym jest nie miły, tego zatém używać nie należy, zapachy różowy i fijołkowy są przyjemne.

Stósownie do zawiadomienia zamieszczonego w odezwie Panowie którzy nadesłali przetwory przez Komisyję uznane za dobre i zasługujące na zalecenie, otrzymają od Towarzystwa lekarskiego piśmienne poświadczenie o wartości swych wyrobów.

Kraków d. 17 grudnia 1879.

Dr Ściborowski.
Przewodniczący Komisyi.

III. Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**,
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 51.)

Gdyby mnie zapytano o zdanie, którą przeznaczam stacyję Riviery na pobyt zimowy dla cierpiących na choroby płuc suchotnicze, to wybrałbym Mentonę dla tych, co przywykli do elegancyi; dla tych zaś co lubią spokój, samotność i poprzestają na skromnych warunkach codziennego życia, wskazałbym San Remo. Kto zaś bez zbytku obejść się nie może i ma nawet w tém zadowolenie, że jest tam gdzie zbytek panuje, niechaj jedzie do Nicei i obierze sobie pomieszkanie odpowiednie i lekarza, któryby nad nim czuwał. Do wygodnego Cannes jeżdżą przeważnie anglicy. Prześliczne zaś cacko, jakiém jest Monte Carlo, musi się pierwéj pozbyć swojego zakładu gier hazardowych, ażeby mogło być uważane za stacyję klimatyczną. Co się zaś tyczy Wenecyi, to w jéj położeniu, ciepłocie, ciszy, tyle jest ukojenia dla nerwów i dla umysłu, że słusznie zaliczają ją do stacyj klimatycznych kojących.

Z Wenecyi powracając do domu wstąpiłem po drodze do Fürstenhofu, gdzie bawił wtenczas jeden z moich pacyjentów p. M., o którego cierpieniach tu wspomnę na zakończenie moich listów.

Słuszny, budowy delikatnéj, odżywiony mniéj niż miernie; czaszka duża, pięknie rozwinięta; na skórze, karku i twarzy, blizny liczne po trądziku, który w młodości rzęsisto występował. Mimo młodego wieku męzkiego (42 lat) włos na głowie i zarost pełny na twarzy mocno szpakowaty. W rodzinie po kądzieli miał być rak; ojciec p. M., ożeniony był z swoją krewną, z któréj miał kilkoro dzieci zdrowych, chociaż cokolwiek konstytucyi limfatycznéj. Sam p. M. cierpiał migrenę; innych zaś chorób nie przebywał; w młodości miał mieć wrzód twardy i był odpowiednio do tego leczony, nigdy jednak nie było żadnych zewnętrznych objawów odpowiedniéj choroby konstytucyjnéj. Ożenił się przed 13tu laty, ma troje dzieci zdrowych, chociaż konstytucyi lekko żołzowatéj. Poważany i lubiany powszechnie, żyje w dostatku, a nie wiadomo mi, żeby cierpiał jaki niepokój lub zmartwienie. W roku 1878 poczuł bóle w okolicy serca lub jak mu się zdawało w żołądku, bóle te wzmagały się stopniowo i rozszerzały już to pod łopatki i na plecy, już to na krzyże lub na boki klatki piersiowéj. Z wiosną roku bieżącego bóle te stawały się tak gwałtownemi, że mu odbierały sen i apetyt, czyniły go niezdolnym do zajęć, zmuszając do ciągłéj refleksyi na swój stan niezdrowia. Dodać należy, że śród tych bólów migrena ustała. Chory udawał się kilkakrotnie na konsultacyję do pierwszych powag lekarskich we Wiedniu, gdzie różne otrzymał rady i rozpoznania. Między innemi przypuszczano *spondylitis* i zastósowano tak zwany *point de feu* bez skutku; daléj przypuszczano *tabes, neoplasma malignum* i *syphilis spinalis*; wszelako byli i tacy, co wykluczali wszystkie powyższe choroby i przypuszczali nerwoból lub hysteryję. Jedném słowem przypadek ten poruszył umysły lekarzy, którzy go badali, i dał powód do licznych przypuszczeń; co przytaczam dlatego, ażeby dać przykład wielkiéj chwiejności symptomatów w niektórych przypadkach chorób nerwowych. Liczne środki farmaceutyczne, których p. M. używał, nie usuwały jego cierpienia. P. M. powrócił do domu w usposobieniu nadzwyczaj pognębionem, tém bardziéj, że wiedział o wszystkich rozpoznaniach. Nie sypiał, nie jadał dobrze, opadł z ciała i ze sił i tylko morfinem podskórnie wstrzykiwanym ratował się od cierpień. Było to w Lipcu, gdy objąłem nad nim opiekę lekarską. Po zbadaniu stanu obecnego nie znalazłem nic dodatniego w płucach, w sercu, w narządach brzusznych. Ścisłe badanie kręgów nie wykazało stałego punktu bolesnego; wszelkie ruchy kręgowe chory wykonać może bez powiększenia lub zlokalizowania bólu. W zakresie ruchowym zupełna prawidłowość, w odruchach ścięgnowych żadnéj zmiany; w czuciu skórném istniała lekka przeczulica, lecz żadnych innych nie było zmian. Żylaki na udach, ale guzów krwawnicowych nie było. Sądząc że mam do czynienia z nerwicą rdzeniową, przypuściłem nieprawidłowe krążenie żylne, mianowicie trudny odpływ z *vena hemiazygos*, gdyż po stronie lewéj najczęściéj ból występował; tudzież trudny odpływ z krzyżowych, które wpadają do podbrzuszéj. W celu zapobieżenia temu mniemanemu nieporządkowi krążenia żylnego rdzeniowego, kręgowego i międzyżebrowego, — poleciłem

stawianie baniek (24) co drugi dzień wzdłuż stosu kręgowego i zażywanie *Solutio Fowleri* w dawkach postępujących. Namienić muszę, że chory brał poprzednio 19 wcierań szaruchy po 3,00, każdym razem bez skutku; tudzież, że podczas mojego leczenia panowała pogoda prześliczna. Po pierwszém przystawieniu baniek (suchych) chory miał ulgę, poczém bóle ustały zupełnie tak dalece, że mogłem choremu polecić gimnastykę pokojową, którą też pilnie i dzielnie wykonywał pod kierunkiem nauczyciela gimnastyki. Choremu a raczéj ozdrowieńcowi poczęło przybywać raźnie ciężaru ciała, wejrzenie miał świetne, humor wesoły i sen dosyć dobry. Nastały dnie niepogodne; chory brał kąpiele 24° R. (po pół minuty) dwa razy dziennie; począł czuć niewyraźne bóle, które po dwu miesięcznéj przerwie zupełnéj teraz zaczęły powracać; w pazdzierniku bywały napady bólów ostrych około serca, czasem około brzucha, krzyżów, między łopatkami, pod łopatkami. W listopadzie chory opadał z ciała, nie jadał, nie sypiał, skarżył się na różne gniecenia i bóle i stronił od towarzystwa. Z okazyi wymiotów, pochodzących z niestrawności, przyznał się, że dla uczynienia sobie przyjemności i ulgi wstrzykiwał sobie od wielu tygodni po parę razy na dzień roczczyn morfinu 3%, który umiał ukrywać w domu przed rodziną i przed lekarzem. Na przedstawienie moje zdobył się na odwagę, przestał nadużywać i używać morfinu; przecierpiał kilka dni z powodu téj wstrzemięźliwości i znowu powrócił do sił i do apetytu, zaczął lepiéj sypiać i niema bólów żadnych, zwłaszcza odkąd zamienił pokój sypialny, w którym jego łóżko stało pomiędzy oknem i opalonym piecem. Z dotychczasowego przebiegu wynika, że o chorobie organicznéj kręgów lub rdzenia niema mowy; że nowotwór złośliwy, ani kiła rdzeniowa nie istnieje. Pozostaje tedy usposobienie konstytucyjne do nerwic, powstających z jakichkolwiek przyczyn, czy to meteorologicznych, tak zw. reumatycznych, czy téż z cyrkulacyjnych, a nawet jak się kilkakrotnie przekonałem z niestrawności i zastoin kałowych. Na tém zakończam moje listy, żałując że mi niepozostawało czasu do lepszego opracowania takowych.

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 grudnia. Czyniąc zadosyć życzeniom szan. współpracowników i abonentów Redakcyja Przeglądu Lek. począwszy od Nowego Roku uwzględniać będzie nierównie więcéj, aniżeli dotychczas, kwestyje odnoszące się do higijeny publicznéj i prywatnéj; w tym celu podawać będzie jak najrychléj sprawozdania i wyciągi z nowszych prac higijenicznych oraz wiadomości tyczące się statystyki lekarskiéj i obchodzące ogół lekarzy. Działem tym kierować będzie kol. Dr. Kazimierz Grabowski, docent higijeny w Uniw. Jagiell.

Starać się będziemy następnie o podawanie liczniejszych wyciągów z rozmaitych gałęzi lekarskich, i to zwyczajem naszym jak najrychléj; pod tym względem trzymać się będziemy i nadal zasady, aby wyciągi podawane były przez sprawozdawców specyjalnych, a mamy zapewnioną pomoc kolegów, uprawiających rozmaite gałęzie lekarskie. Obok sprawozdań i wyciągów zamieszczać wreszcie będziemy i wiadomości pomniejsze ze wszystkich działów nauki naszéj, idąc i w téj mierze za głosem życzliwych Przeglądowi kolegów; jak w ogóle chętnie i na przyszłość stósować się będziemy do wskazówek udzielanych lub udzielać nam się mających ze strony tygodnikowi naszemu życzliwéj.

* Ministerstwo spraw wewn. zamianowało na czas od 1880—1882 r. zwyczajnymi członkami krajowéj Rady zdrowia w Austryi dolnéj: radcę zdrowia prof. Heschla, fizyka m. Wiednia Dra Junhausera, dyrektora szpit Dra Lorinsera, prof. higijeny Dra Nowaka, prymaryjusza Dra Osera i lekarza powiatowego Dra Willacila. W skład téj Rady na mocy ustawy wchodzą nadto: protomedyk dolno-austryjacki Dr. Karajan i dwaj członkowie przez Wydział krajowy delegować się mający.

* Wydział stowarzyszeń lekarskich rakuskich podanie swoje w sprawie zaprowadzenia Izb lekarskich wręczył Izbie poselskiéj Rady państwa za pośrednictwem posła Gölel-Lannoya. Izba oddała prośbę wydziałowi specyjalnemu z 14 członków składającemu się do sprawozdania

* *W. med. Bl.* donoszą z Insbruka, że w mieście tém wszystkie hotele przepełnione są suchotnikami, szukającymi u samego źródła zbawiennych skutków będźwinianu sodowego. Cena tego środka nawet we Wiedniu podskoczyła o 2 gr. na grm.

* **Nekrologija** W Petersburgu umarł Dr. Henryk Zorn, licząc dopiero lat 42 Zmarły wsławił się pracami epidemijologicznemi a był jednym z pierwszych, którzy rozpoznali i opisali dur powrotny.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W Medycynie Nr. 51: Sokołowskiego (w Görbersdorfie): O tak zw. suchotach krtaniowych (c. d.); Sznabla: Kilka przypadków różnopostaciowéj wysypki, spostrzeganéj w m· październiku i listopadzie rb. w Warszawie (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

Dr Leopold Glück: Syphilistische Wirbelcaries (Aus der Abtheilung des Primarius Dr Zarewicz in Krakau). Osobne odbicie z Nrów 47 i 48 *Allg. W. med. Ztg.*), w 8ce, str. 8.

Dra Ludwika Kadlera (w Warszawie). O wstrzykiwaniu płynów do kiszek i o niedomykalności zastawki Bauhina. (Osobne odbicie z Gazety Lekarskiéj, 1879), w 8ce, str. 11.

Dr Flemming: Programm über die Anwendung der Sandbäder in Blasewitz-Dresden. 1879, str. 18.

Korespondencyje Redakcyi i Administracyi.

Dr. D. we Lwowie: Za artykuł dziękujemy; umieścimy go chętnie, prosimy tylko o nieco cierpliwości. — **Dr. R. w Chełmnie** Dziękujemy za pamięć i prosimy o dalszą. — **Dr. O w Turce:** Artykuł otrzymaliśmy i umieścimy, jak skoro tylko miejsce się znajdzie; prosimy o sprawozdanie. — **Dr. Z. K. we Lwowie:** Artykuł szan. kolegi rozpoczniemy w 1szym numerze, przepraszamy za zwłokę. — **Dr. P. w Warszawie:** Umieścimy w Nrze 1szym, z powodu braku miejsca w Nrze niniejszym. — **Dr. K. we Lwowie:** Zapowiedzianego nekrologu nie otrzymaliśmy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**